

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Contribución al estudio de la apendicitis

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Manuel Velasco López

Madrid, 2015

89-7

Ca 2611



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531542164X

82-1-6

Contribucion al estudio

CVB

de la

Apéndice

2128

Basis del Doctorado

por

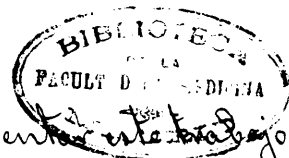


Manuel Velasco López

6 1899443X

Excedentísimo Señor.

Señores.



He vacilado repetidas veces antes de presentar este trabajo, como niño des-
ahinado y pobre, al que califico por lo menos de inoportuno ya que por un momen-
to va a ocupar la benévola atención de tan respetable tribunal, y de temeraria mi en-
presa cuando me atrevo a exponer, aunque humildemente, ante vuestra singular
competencia, un estudio sobre la apendicitis, sin tener otros medios para intrar-
me en tan controvertida materia, que los escasos con que se cuentan en el limitado
círculo de una práctica rural, justificando solo esta mi decisión la firme creencia
que tengo de que toda persona ilustrada, y vosotros lo vis en alto grado, tiene siem-
pre por norma la indulgencia para juzgar las obras ajenas, por lo que os ruego
perdonéis mi atrevimiento en gracia a la ineludible obligación en que me ha-
bo de ver en un acto como el presente.

El estudio de la apendicitis es en la actualidad uno de los capítulos mas interesantes de la patología abdominal, por ser de los que han atraído para si la atención de los clínicos de todos los países. Al reducir el estudio de la apendicitis al rango significativo de la novedad, desde ese instante recaba para si cuanto hay de frecuente en la patología del ciego y periciego, limitando a muy reducido espacio el concepto de tiflitis y peritífitis que antes lo eran todo en los procesos agudos y graves de la región derecha e inferior del vientre.

Mas no es extraño el giro y alcance que ha conquistado este asunto, conociendo que profesores del talento y respetabilidad del ilustre maestro del Hotel Dieu, sostienen de forma radical y conducente, que a la apendicitis y a ella tan solo es a la que se debe atribuir todos los sín-

hombres, como los accidentes anteriormente mal conocidos y peor interpretados que se atribuían á la tiflitis y á la peritiflitis, convicciones que revelan la decidida influencia que sobre esta materia ejercieron los estudios de cirujanos, que como Volkmann y Rouvier en la vecina república, y otros americanos sostenían que los accidentes mortales como el flemón iliaco con peritonitis localizada y la peritonitis generalizada con abceso á distancia, en otros tiempos atribuidos á la peritiflitis, debían en justicia achacarse á la apendicitis.

Sin género de duda, deben incluirse en la cuenta de las apendicitis muchas peritonitis, flemones y abesos iliacos, tiflitis..... que hasta hace poco eran conocidos como capítulos especiales de la patología del vientre cuando en realidad procedían en su comienzo de

una primitiva inflamacion del apendice; mas no por eso se le ha de negar al ciego una patologia propia que de hecho le corresponde dadas sus circunstancias anatómicas y fisiológicas, mas abonadas en este tramo del tubo intestinal que en ileon y colon para que se opere un proceso patológico.

El Doctor Robert consideró fuera de duda que la apendicitis constituye un proceso bastante mas frecuente que hasta ahora se suponía, mas esta comprobada frecuencia, no justifica que en modo alguno se borre á la tiflitis del cuadro nosológico, puesto que el ciego se puede inflamar sin grande ó ninguna resonancia por parte del apendice ileal.

Considerando el proceso bajo el aspecto etiológico é histogénico se viene en conocimiento y aprecia que en la retencion de los materiales estercoreos

que circulan por el intestino se encuentra con alguna frecuencia el origen de las inflamaciones del ciego, porque en ningún otro tramo del tubo intestinal se reúnen las condiciones mas abonadas para que esta estancacion tenga lugar; de una parte la amplitud del ciego mas superior aun que la de la ampolla rectal y que contrasta con la estrechez del tramo intestinal que inmediatamente le precede, del que le separa la válvula de Bauhin; por otro concepto su fijera a la fosa iliaca por el repliegue peritoneal o meso-secum y la fascia iliaca; como asi teniendo los materiales que ascender por el colon, todo se concita y abona para que se verifique la estancacion en el receptáculo cecal, dando origen a la injurgitacion precursora de toda inflamacion.

Por otro lado, el apendice debido a sus condiciones anatomicas y topo-

gráficas, se encuentra desligado de tan mala vecindad; este órgano pequeño y atrofico no tiene ni abertura en el vértice de fondo de saco del ciego, hecho que facilitaría la penetración del excremento u otras sustancias, sino á dos centímetros por encima de la válvula ileo-cecal en la pared postero-interna del ciego, siendo su dirección mas frecuente postero-superior, remontando el colon y protegido por el orificio por la válvula de Berlach. Por las particularidades anatómicas anotadas, logicamente se viene en conocimiento, que no es lo mas fácil el que penetren en dicho apéndice nada que circule por el intestino, no siendo microbios, pues en este caso toda la disposición citada no supone defensa alguna, debiendo pues creer que sea el ciego el que se puede inflammar por sus defectuosos medios de funcionamiento.

Armonizando estas consideraciones con el sin número de historias clínicas recogidas por el Doctor Robert se viene en conocimiento de una mayor frecuencia para la tiflitis, que la que se deduce de los radicalismos de Roulier, Buisser, Calamion y Dieulafoy.

Contra estos radicalismos se levantan impugnadores, que como Lucas Champoussier sostienen: que no se debe simplificar tanto la patología intestinal, llevándola a soluciones quirúrgicas resueltas y sencillas, porque no siendo ciertas, conducen a errores diagnósticos de alta importancia. En efecto; para demostrar lo exagerado y funesto de estos radicalismos, presentó en la Academia de Medicina de Paris unos cuantos casos nuevos que pueden pasar por apendicitis, cuando en realidad se trataba, en un caso, de una dislocación del riñon derecho; en otros dos casos de

una ovario-salpingitis; otra vez, de una tuberculosis abdominal con integridad del ciego y apéndice, y últimamente en otro caso se trataba, de una hernia de la línea blanca, como aseguró que flemones desarrollados detrás del colon ascendente, los dilató conservando el apéndice.

Etiología.

Entre las múltiples causas que pueden dar origen a la apendicitis, muchas de las cuales las enumeraré cuando hable de la patogenia, se pueden citar el sexo, pues es cosa que la experiencia ha demostrado, una mayor frecuencia en el hombre no obstante las relaciones anatómicas que guarda el apéndice con los anexos del útero, por cuya secindad se determinan inflamaciones del apéndice consecutivas a las anexitis.

Se ha creído que las fuertes ligaduras del corset y vestidos pudieran tener alguna influencia, mas esto queda desvirtuado registrando la estadística de Barlier que entre 656 casos encontró 470 (71-4%) de hombres y 186 (28-6%) de mujeres. De 224 casos recogidos en el Hospital de

Londres, 169 eran hombres y 60 mujeres; y el Doctor Martin Gil recopilando estadísticas de Danberger, Vellu, Marchal, Paulier, Fitts y Mauren suma 549, de los que 450 pertenecen a varones y 99 a hembras, guardando la proporción del (80:20)

Respecto a la edad se cree que recae casi siempre en personas de 15 a 25 años; en los viejos es menos común que en los niños y en estos según Deaver solo se presenta en la proporción del (1-5%)

Es digna de particular atención la circunstancia de limitarse algunas veces al apéndice vermiforme los procesos ulcerativos artificiales como tuberculosos y catarrales; Lang y Manson han dado a conocer la antinomicosis como causa de apendicitis.

El estreñimiento, las digestiones laboriosas, las enterocolitis y las va-

rias infecciones que puede padecer el tubo digestivo, suman numerosas causas para la provocación de este padecimiento, habiéndosele reservado á la gripe una importancia etiologica muy principal en las apendicitis.

El acceso de cuerpos extraños y de materias sólidas de los excrementos en el apéndice vermicular, puede verse favorecido por circunstancias anatómicas anormales por enfermedades anteriores.

La herencia parece que puede ejercer influencia etiologica en la apendicitis. Bran (de Doussanne) habia sostenido que la apendicitis es hereditaria. Dieulafoy se expresa diciendo que la experiencia le habia enseñado que se observa á menudo en varios miembros de una familia ya se trate de colaterales ó descendientes; esta heren-

cia se observa al parecer en familias donde reinaba la gota, artrotrismo, la arenilla urinaria y biliar, la diabetes, en suma en las enfermedades diatélicas por trastornos de la nutrición íntima que Bonchar nos ha explicado.

El embarazo activando el desarrollo de la litiasis apendicular, de igual forma que hace con la biliar, puede é su vez ser causa de la apendicitis; así como las deformaciones del apéndice, que según Posni y Balanov pueden ser hereditarias, favoreciendo el proceso de la cavidad cerrada, tan invocado por Dieulafoy, dan origen á este trastorno abdominal.

Faissans ha presentado á la sociedad médica de los Hospitales seis hechos de la apendicitis familiar, de los cuales dos, tres y hasta

cuatro miembros de una familia han sido atacados de apendicitis, mortales algunos de ellos. Este apendicitis familiar fue puesta á discusión en la Sociedad de Cirugía de París por Bantier, Delagier, Osun, Guenit, Buffier con provecho y positivo interés.

Patogenia.

Pocos asuntos han sido tan discutidos como las teorías patogénicas de la apendicitis: antes se acudía para explicar esta á la propagación de las alteraciones padecidas por las porciones vecinas del tubo intestinal, como así á la traslación desde este hasta el apéndice de cuerpos extraños como espinas de pescado, huesos de certera, pelos de cepillos de dientes etc, y á la formación de cálculos apendiculares que produjeran la inflamación de este con todos los accidentes consecutivos. Mas este asunto toma nuevos rumbos con la memorable discusión á que dió lugar la presentación de la teoría patogénica de la cavidad cerrada de Dientafoix á la Academia de Medicina de París.

El año de 1894. Fundándose Dujovne en un trabajo clínico y experimental que Blado había presentado al Congreso de Cirugía el 1889, sobre infección herniaria, en el que dicho autor manifestaba que los microbios del intestino estrangulado pasaban al saco herniario desde el día siguiente de la estrangulación, sin previa perforación de la pared intestinal, y que siguiendo la emigración de dichos microbios á través de estas finicas intestinales llegó á comprobar que dicha infección podía extenderse hasta la cavidad peritoneal, resultando de ello la generalización de los accidentes infecciosos; teniendo en cuenta los trabajos que sobre esta misma materia practicaron Dennecken, Oken, Blon, demostrando que el colibacilo encerrado en un asa intestinal herniada ó invaginada puede pasar

al peritoneo á través de las tunicas intestinales ó por la via linfática determinando infecciones peritoneales; atento á los trabajos de Klebsi que operando en perros llegó á ligar un asa intestinal, usando de gran rigor antiséptico, comprobándose que al día siguiente el asa intestinal transformada en cavidad cerrada era asiento de una extraordinaria exaltación de la virulencia del colibacilo que daba origen á una peritonitis: en suma, haciendo aplicación de estos datos experimentales á la patogenia de la apendicitis, llegó á dar su teoría en estos términos: por diferentes mecanismos puede el vermiforme transformarse en cavidad cerrada, unas veces es una verdadera estrangulación del apéndice, por una brida, por enrollamiento del apéndice al rededor de su repliegue peritoneal, por tor-

ion ó acortamiento; otras veces hay una estrechez fibrosa ó un cálculo apendicular que lentamente se va adaptando á la pared del conducto obliterándolo ultimamente, ó por una inflamación aguda sola ó acompañada de un cálculo complementándose el uno al otro; sea de ello lo que fuere por estas distintas causas puede transformarse la cavidad apendicular en cavidad cerrada y desde este crítico momento el colibacilo y el estreptococo, huéspedes habituales del intestino y del apéndice, aprisionados como en los experimentos de Cláudio y Klebs que experimentaban su poder patógeno, exaltan su virulencia y de sus toxinas forman desde este momento la inflamación del apéndice, y evolucionando el proceso, dicho apéndice se transformará en un absceso ó tocará de gangrena, perforándose á su vez, y sin necesi-

dad de ello generalizarse precozmente la infección á la gran cavidad peritoneal por la emigración de estos gérmenes á través de las paredes apendiculares.

Es la teoría de la cavidad cerrada de Dieulafoy, fundado en los trabajos de Klechi y apoyada y confirmada por los trabajos de otros experimentadores.

Roger y Jones han practicado la ligadura aseptica del apéndice del conejo, respetando los vasos, y sacrificando algo más tarde al animal han comprobado que la parte inferior á la ligadura era una cavidad purulenta, bastando pues ligar dicho apéndice para transformar en patógenos los microbios que habitualmente son saprofitos.

Por brillante y sugestiva que fue la presentacion y defensa de esta teoria de la cavidad cerrada, eso no bastó para que le salieran al encuentro muchos y buenos impugnadores. Brun en la Sociedad de Gineja en 1896, combate dicha teoria apoyandose en observaciones personales, demostrando que puede existir la cavidad cerrada sin que ocurran accidentes infecciosos, como lo prueba el hecho de haber operado niños que tenian obstruido por completo el conducto apendicular sin que hubiera en él señales de infeccion, observando por otro lado accidentes peritoneales, no hallando en el apendice sino una ligera tumefaccion de la mucosa con punteado hemorragico. Para Brun la patogenia de la apendicitis no es sino un proceso de infeccion y queda de la natura.

Una histológica de las paredes del sermum, y en predominio en folículos curvados, adquiere en este lugar mas intensidad que en otros tramos del intestino.

Augusto Broca expone en la Sociedad de Cirujia en 1896 una opinion en todo semejante á la de Brun. Para Broca la apendicitis no es mas que una variedad de la enteritis con distinta fisonomia por ser tambien distinta la estructura del organo en que se asienta; en efecto este autor cree que el apendice como organo linfoides, como la amígdala y todos los demas organos de esta naturaleza, imprimen un sello especial á las inflamaciones que en él se desarrollan, de aqui que sean ligeras y pasajeras las lesiones del intestino cuando este es asiento de una inflamacion, no sucediendo lo mismo con el apendice por su estructura linfoides y su predominio de folículos.

los cerrados. Las mismas causas que producen la enteritis pueden determinar la apendicitis; las infecciones de toda naturaleza y entre ellas la fiebre tifoidea y la gripe, entran en primera línea, determinando ya una enteritis que da por resultado la inflamación del apéndice ocasionando una foliculitis apendicular como agudización de una inflamación crónica.

Delagier, cambiando de opinion, cree que la apendicitis es la manifestación local de un estado general grave; en el decurso de un estado general y sin manifestación ninguna local que la denunciara, ha visto presentarse esta afección estallando después de una manera fulminante, y reconociendo el apéndice se comprobaba la infección sin que estuviera obliterado el conducto, sacando de ello el convencimiento

niento que este se cerraba despues de establecerse la inflamacion verminum. Cree tambien que los microbios que de ordinario habitan en el apendice activan su virulencia por la influencia de infecciones concomitantes de gran poder infeccioso, como le ocurre a la fiebre tifoidea u otra de menor virulencia, el sepsis.

La estadística presentada por Maltzer, que se refiere a veinte y siete casos de apendicitis de los cuales fueron operados diez y siete, demuestra que la obliteracion de dicha cavidad no es necesaria para determinar la inflamacion de dicho organo. En efecto, de estos 17 casos, 5 de los cuales fueron operados cuando ya habia lesiones de peritonitis aguda y 10 en el periodo algido de la inflamacion, en uno de ellos estaba el apendice rojo e hiperemiado, en otro habia un polo de cepillo en un

cavidad libre y en otro habia una intensa folliculitis con abscesos parietales. Examinados por Sirey estos apendices nunca encontró adherencias en sus paredes, estarían mas o menos adosadas pero siempre dejaban un espacio libre en el centro. Confirmando Malthus las opiniones de Braun y de Broca comprobó una folliculitis intensa con transformacion quística de algunas glándulas. En los demás casos nunca encontró la cavidad totalmente cerrada sacando de ello la consecuencia de que no es necesaria esta circunstancia para la inflamacion del apendice, la cual si alguna vez se encuentra hay que considerarla como efecto.

La mayoría de los Cirujanos de los Hospitales de Paris estan en contra de la cavidad cerrada, contraponiendo à ella la teoria de la

infeccion intestinal, nomando esta ultima muchos partidarios, a la cabeza de los cuales está el citado Braun, los que no han podido comprobar ni estrechos ni cálculo que explicara la retencion de productos septicos, ni menos la determinacion de cavidad cerrada, si por el contrario cuando hallaron esta y la retencion de productos septicos o sean las condiciones abonadas para que se operara la exaltacion de la virulencia del colibacilo, en esos casos no se hallaron sintomas de apendicitis, lo que les indujo a creer que dicha obstruccion es solo un aspecto del proceso anatomico-patologico de la apendicitis, y que solo se encuentran como lesiones constantes, despues de los accidentes agudos de la apendicitis, la infeccion parietal caracteristica por la naturaleza especial del organo, que como dijo

Broca, Braun y Maltzer, se trata solo de una fccion intestinal mas acentuada en ese organo linfoide.

El Doctor Codina Casteller hace relato, en la revista de Medicina y Cirugia Practicas, de la exposicion que el Doctor Blancher presento a la Academia de Medicina de Paris en Julio de 1906. Dicho profesor explica la patogenia de ciertas apendicitis por la fveria helmintica de las afecciones intestinales, teniendo por esto logica explicacion esas epidemias familiares de apendicitis que sobrevienen sobre todo en los meses de calor; los huespedes que mas ordinariamente moran en el intestino son, los oxuros, los tricofelos y mas comunmente los ascarides lumbricoides; estos ascarides lumbricoides pueden descender al ciego y hasta penetrar en el apendice; dicho

parásito no es inofensivo como hasta ahora se entendía, sino que determina accidentes porque erosiona á la mucosa y profunda su celda hasta la submucosa, siendo de antiguo conocidas estas lesiones: en cuanto el oxuro determina alteraciones de la misma naturaleza, erosionando la mucosa llega hasta la submucosa y puesta en contacto con los filamentos del simpático provoca dolores tan violentos análogos en todo á los de la enteritis.

Cinco años hace que Metchnikoff dió una comunicacion á la Academia de París en la que establecía que tres casos de apendicitis á punto de ser operados, el examen de los excrementos demostró la presencia en el intestino, de ciertos parásitos, sobre todo el ascari de y tricocefalo, por lo que se demoró la operacion y que sometidos di

dos enfermos á un anti-helmintico curaron por completo. El comunicado, dice Blancher, debió tener mas resonancia que la que tubo por proceder de un sabio tan eminente. Desde entonces los hechos de esta naturaleza se han multiplicado citando nuevos casos el mismo Metchnikoff, como pronto saldrán á luz cuarenta ó cincuenta observaciones personales de Monsieur Guert profesor agregado de Paris. El tricocephalus clavando mas ó menos profundamente su cabecera afilada como una aguja, busca á derecha é izquierda un capilar sanguíneo cuya pared perfora para alimentarse, y encontrando en este trabajo de exploracion algunas células ganglionares ó nerviosas determina esos violentos dolores y fenomenos reflejo de la apendicitis, cuya irregularidad se explica solamente por la naturaleza del fenomeno

mecánico que los provoca, sin que seyan seguidos estos síntomas necesariamente de accidentes inflamatorios, ofreciéndose repetidos casos de cirujanos que extirparon con frecuencia apéndices que estaban completamente sanos, pero invadidos efectivamente por un parásito.

Se ha querido hacer de la apendicitis una enfermedad infecciosa causada por microbios particulares, pero ni tiene señales de ello ni en muchos casos han aparecido otros microbios que los que de ordinario hay en el intestino sin mayor virtualidad patogénica: la enfermedad es verminosa salvo en ciertos casos en que cuerpos extraños arrastrados del intestino, como huesos de frutos, pelos etc ocasionan, por erosiones de la mucosa apendicular, los mismos fenómenos que el parásito.

Una nueva patogenia distinta de las ya expuestas, la de la cavidad ceca de Dieulafoy y la teoria helmintiarica de las afecciones intestinales, es la hiperestesia gastrica con hipercloridia de Albert Robin; dicho autor encuentra en los conmemorativos de la mayoria de los enfermos de apendicitis una dispepsia que le sirve de fundamento clinico de su teoria, y cuyo sindrome presenta los siguientes factores; 1.º no hay perdida del aspecto del enfermo y el aumento de su apetito; 2.º los trastornos gastricos varian en su expresion y resonancia; 3.º el higado está aumentado de volumen y sensible a la presion; 4.º hay gastro-ectasia con chapoteos gastricos por contraccion espasmodica del piloro; 5.º coprostasi y astencion que puede comprobarse practicando la palpacion de la esofaga y los codos.

nes descendente y transverso, como el ciego; y 6.^o siempre despues de la comida puede hallarse una hiperacidia por exceso de acido clorhidrico libre, y en el setenta por ciento de los casos fermentaciones anormales por digestion imperfecta de los albuminoides. Esta dispepsia gastrica analoga a la enfermedad de Reichman; al catarro acido de Jarrowski; dispepsia acida de Gubler y dispepsia hiperclorhidrica de Germain See; esta dispepsia fue observada 5585 casos de los cuales en 82 de ellos se presentaron fenomenos intestinales; mas o menos bruscos y pasajeros con dolor espontaneo o provocado en el punto de Mac-Durney, meteorismo, el cortejo de sintomas de la apendicitis, que aunque no fue diagnosticada como tal en esos 82 casos, en 33 quedo plenamente confirmado el diagnostico de apen-

ditis.

Las relaciones de dependencia que Albert Robin busca entre estos trastornos gastricos de hiperesteresia y las apendicitis que son su consecuencia, las funda en la coprostasis concomitante, sintoma que se presentó 5506 veces en 5585 casos citados; El sitio de eleccion de esta retencion enterocólica mas veces es el cecum manifestandose por una tumorecion en forma de moricilla, cierta sensacion de peso y dolor vago á la palpacion y otras veces la detencion se opera en el colon descendente y cecolítico, determinando en ocasiones la inflamacion enterocolica de este tramo con secrecion y desprendimiento moco-membranoso. A veces simultaneamente pueden presentarse en ambas regiones, como así fué constante esta coprostasis en los 82 casos en que se

presentaron fenómenos apendiculares. El encaденamiento de esta serie de hechos, que comenzando en la dispepsia terminan en la apendicitis, supone Albert Robin que tienen el siguiente desenvolvimiento patológico.

1.º. Carro es abonado para que hagan su presentación los primeros trastornos funcionales del estómago; el arbitismo se supone como un gran factor etiológico para esas dispepsias.

2.º. Hecha su presentación la hiperestesia gástrica con hiperclorhidia le sucede en las fermentaciones ácidas secundarias.

3.º. La coprostasis, frecuente en la mayoría de los casos, determina la estancación de materiales estercóreos ácidos en el cecum que fermentando irritan este receptáculo.

Análisis de estos materiales	Cantidad en g/h	Hiperestesia	Normal	Diferencia
		200	145	65

		Hiperenteria	Normal	Diferencia
Idem	Agua	140	108'75	31'25
	Residuo solido	60	36'25	24'75
	Materias organicas	52'50	32'02	20'48
	Materias inorganicas	7'50	4'23	3'28
	Altroz total	3'54	1'20	2'34

4º: El continuado y constante contacto de estos materiales fermentados y acidos con el intestino acaban por inflamarle

5º: Dadas las condiciones estructurales y anatomicas del vermium, completamente distintas del intestino como dijo Barrin y Brocas, le imprimen un sello especial á las inflamaciones que en él se desarrollan.

6.º Abundando ~~en~~ ^{en} ~~material~~ ^{en} ~~excrementicio~~ ^{en} las sales calcáreas, se infiltran en las paredes de la cavidad apendicular provocando una inflamación crónica de la mucosa y submucosa que puede llegar hasta la obliteración de la cavidad.

7.º En este terreno abonado explota una infección microbiana, de modo que siempre sería en este caso la apendicitis una adquisición de un estado crónico de este órgano, conclusión que está en armonía con los trabajos histológicos y clínicos que Monsieur Letille dió a la Academia de Medicina de Paris y Augusto Broca en su conferencia en la Sociedad de Pediatría de Londres.

Otro punto muy debatido en la larga controversia de la patogenia de la apendicitis, sobre el cual se declaraba de una manera radical

desde el año 94 y sigue declarándose en la ruidosa comunicacion que el profesor Dieulafoy dió á la Academia de Medicina en Junio de 1906, es la influencia de la tifo-colitis en la apendicitis, enfermedad que segun dicho profesor, no derivaria nunca de la enteritis ~~no~~ ^{membrano-}sa, pudiendo á lo sumo coexistir ambas enfermedades sin que dicha simultaneidad llegara á expresar siempre sino una rarisima excepcion: El citado clinico trató de demostrar la independencia de ambas afecciones basándose en las escrupulosas observaciones que le comunicaron reputados compañeros, y en sus estudios acerca de la enteritis ~~no~~ ^{membrano-}sa presentados en la Academia de Medicina, y en sus aplicaciones de catédra; Potain presentó 104 observaciones de enteritis ~~no~~ ^{membrano-}sa sin que en ningun caso apareciera con accidentes

apendiculares; Blenard manifiesta que en un centenar de casos por él observados no ha visto resonancia por parte del apéndice; Batlleuitt expone á la Academia sus resultados en Blombieres durante 20 años y 412 casos de enteritis mocomembranosa no hayo nada de apendicitis; tampoco señala esta complicacion Comby en su tratado de enfermedades de la infancia; ni Chorrin en su comunicacion al Congreso de Caen; finalmente ninguna de estas comunicaciones ni las de Litcheft, Bouche, Lile, Chabert y otros, entre los que llega á numer algunos centenares de casos de enterocolitis mocomembranosa, en ninguno de los cuales se llegó á padecer apendicitis verdadera. Esto se hace expresarse diciendo «El hecho clínico por paradójico y extraño que parezca, que soy el primero en admirar me, es cierto, con esa certidumbre brutal

que dan los hechos».

Por otro concepto en los distintos casos de apendicitis que durante algún tiempo viene estudiando, nunca encontró entre sus antecedentes patológicos la existencia de la enterocolitis, viniendo a comprobar por medio directo e indirecto que «la apendicitis no deriva jamás de la tiflo-colitis y que su coexistencia no expresa sino una rarísima excepción». Pueden tener confianza pues aquellos que padecen de enteritis no comendranosa porque no se les presentará el terrible accidente de la apendicitis.

Ante estos radicalismos salieron varios y prominentes cirujanos que impugnaron principalmente en la Sociedad de Cirugía de París estas afirmaciones clínicas, señalándose entre otros campeones, Pablo

Recher por sus brillantes trabajos resultado de su propia observacion y de la de otros colegas, que como Delagier, le presentó dos observaciones de apendicitis tras de una indiscutible enterocolitis; Franca y Frank le comunicó otras dos indiscutibles observaciones; Drum y Berghlen aportan nuevos datos; Siredey, Marfan y Mathieu le ayudan en su discusion en la Academia de Cirugia admitiendo la dependencia de la apendicitis de la enterocolitis mucomembranosa. Recher presentó a la Academia en 16 de Marzo de 1894 los siguientes casos de apendicitis consecutivo a un enterocolitis.

Caso 1.º. Un interno de Recher es atacado en Agosto del 94 de trastornos digestivos intensos, anorexia, lentitud de las digestiones, atonía rebelde, cámaras viscosas, espulsion de mucomembranas; de

una manera repentina se le presentó un dolor localizado en la fosa ilíaca derecha, meteorismo, vómitos alimenticios y biliosos; se calmó esta crisis apendicular pero el enfermo conservó los síntomas de la enterocolitis y una especie de inseguridad abdominal: cuando dos años después se presentó nueva crisis con dolor en el sitio de Mac Burney, meteorismo, náuseas, apreciando Salagier por el tacto rectal una induración a nivel del apéndice; en Septiembre operaron Bujflier y Salagier encontrando un apéndice doblado en V, engrosado y adherente al mesenterio. No reapareció la apendicitis aunque sí la enterocolitis que la combaten con lavados intestinales con agua caliente, masaje y agua de Chatel Guyon.

Caro B.^o Un médico de 47 años fue acometido de enterocolitis en un

curso de fatiga en el curso de un colico del niño, expulsando durante cinco raras cámaras fetidas y trozos de membranas cintadas, advertido por una memoria de Mathieu y por una clinica de Briant buscó y encontró entre sus deposiciones arena intestinal. Curó de su enterocolitis no conservando mas que cierto peso en vientre y dolores vagos, cuando hizo su presentacion una apendicitis que se operó encontrando al apendice gangrenado en medio de un foco purulento. Este hecho de apendicitis consecutivo á una enteritis mucosa membranosa y simultaneo de una litiasis intestinal lo consideró Dieulafoy como caso puramente excepcional.

Caso 3.º Una mujer de 27 años, habia tenido, cuatro años antes de su entrada en la sala de Necker del Hospital de Saennec, alteracio-

nes digestivas con una rebelde estreñimiento de vientre, logrando solamente á fuerza de purgantes repetidos vacuarle cada cinco ó seis días: sus excrementos eran duros barnizados de mucosidades abundantes y de membranas aintadas que actualmente las deponen: esta escena se complicó con crisis agudas acompañadas de fiebre, meteorismo, vómitos, detención de heces fecales y dolor localizado en la fosita ilíaca derecha; decidida la operación se encontró un apéndice esclerosado, grueso, vascularizado y inmovilizado por retracción de su repliegue peritoneal, siendo su mucosa ariente de una foliculitis intensa.

Caso II.ª Una joven venia sufriendo desde algún tiempo de afecciones gástricas, estreñimiento, dolores vagos en el vientre, deposiciones viscosas y membranosas aintadas, materias parecidas á esputos y

acompañadas á veces de sensaciones muy angustiosas; se presentaron sucesivamente algunas crisis de apendicitis caracterizadas por vómitos, meteorismo, fiebre, dolor localizado en la fosa iliaca derecha y á veces una hinchazón notable de la región. Operada por Reclus seis semanas después de la última crisis, encontró un apéndice pequeño, esclerosado, rechoncho y contenía tres núcleos de materias fecales endurecidas.

Contestando Reclus á Dieulafoy en la Academia de Medicina reconoce poco demostrativos los dos casos aportados por Patin y recogidos por Dieulafoy para su defensa. Reclus en cambio presentó varios casos de apendicitis precedidos de enterocolitis mucosa membranosa; uno recogido por Saladier; otro comunicado por Brun;

otro por Boucquoy; otro por Caran de la Carrie y Bufler y otros dos asistidos por Nedon acompañado de Albert Robin y Oettinger. Reuniendo sus trabajos y el de sus compañeros viene a declarar una triple patogenia a la apendicitis. 1.º Aceptando las opiniones de Calamouni primero y en la actualidad las de Blanchard y Metchnikoff cree que en el uno por cuatro de las veces la apendicitis obedece a un cuerpo extraño. 2.º En numerosos casos de apendicitis se encuentra que son consecutivos o concomitantes de una enterocolitis mucomembranosa. 3.º A semejanza de Drum, Broca, Malthus y Galezier puede la apendicitis ser el estado local de una infección general grave y que dada la singular disposición de esta cavidad y en especial natural a anatomica y estructural lo que en otro organo

curaría fácilmente en este tiene otro curso mas lamentable; en ese fondo de saco, en esa fistula ciega se determina la estancacion del moco ó del pus, se activa la virulencia de sus gérmenes y sin que se opere la cavidad cerrada, solo con la estancacion esto es bastante para que por cualquier causa ocasional como traumatismo, indigestion, enfriamiento, hace que la inflamacion que hasta entonces estaba limitada á la mucosa, invade todas las paredes y establecen los fenomenos de la apendicitis.

El 5 de Junio de 1906 vuelve á clamar Dientafay ante la Academia de Medicina contra esa orgia de intervenciones quirurgicas, contra esa extirpacion de apendices sanos, porque los cirujanos en la firme creencia de que la apendicitis es una frecuente consecuencia

de la tiflocolitis, familiarizados con ese error y engañados por el dolor que la tiflitis provocan al nivel del ciego, hacen un diagnóstico de tendencia proclamando la existencia de una apendicitis que no existe ni existirá sino por rarísima excepción, se decide por la intervención. Esta ruidosa comunicación es impugnada por Pablo Mechor que se expresa de esta forma: «veía, lo confieso, resuelta la cuestión desde hace nueve años, creía admitido por todos que las enteritis, todas las enteritis y entre ellas la enterocolitis no conmemoradas no se detienen en la insuficiente válvula de Gerlach, sino que muy a menudo invaden el apéndice y con demasiada frecuencia en este órgano desastroso, en este cecum de cecum en este divertículo de divertículo, esta fistula tuerta interna que parece creada para exaltar

la virulencia de los gérmenes, se extienden hasta el estas inflamaciones pero «amplificadas al maximum» en las paredes del apéndice. De las once observaciones presentadas por Diénlafay además de parecerme poco decisivas y confusas se ha prescindido de señalar un dato de gran valor, se ha omitido apuntar el examen microscópico, porque esas apendicitis que él la llama microscópicas, que le merecen desprecio y que nosotros llamamos crónicas no deben relegarse al olvido; las inflamaciones del vermium, las mas innegables y agudas, aquellas que son graves por la escuela de Diénlafay, cuando se agravan pasando el periodo agudo muestran un apéndice en apariencia sano y libre de adherencias, mas no fiándonos de este examen superficial nos revela el microscopio restos mal extinguidos que no nos po-

nen á salvo de una siguiente explosión. Acabéis de oír, sigue diciendo, la precisa y memorable exposición del profesor Cornillé; invocamos también la autoridad de aquel de nuestros colegas que mas ha trabajado en la anatomía patológica de la apendicitis, me refiero á M. Dentullé que presentó el examen de stos apéndices declarando que las bovedas fibrosas, hipertrofia de folículos cerrados, lesiones solo apreciadas por el microscopio, son « señal indeleble de lesiones inflamatorias del pasado ». He ahí por que estos hallazgos histológicos que ridiculiza nuestro colega llamandolos ingeniosamente apendicitis microscópicas, no son despreciables y solo demostrando su ausencia nos hubieran resultado decisivas las once observaciones de Dieulafoy.

Volviendo á la tifloculitis, á la unica que hace aduision Dieulafoy

y viendo lo que dice la clínica respecto á este punto, no nos explicamos como puede seguir expresandose de forma tan radical en contra de la relación de dependencia entre la tiflocolitis y la apendicitis cuando tantos y buenos observadores la han encontrado frecuentemente ligada. Recuerdo que desde que comencé esta discusión recogí 17 casos en menos de tres semanas; añadire que de los tres casos que operé hace quince días hallé el apéndice indiscutiblemente alterado, uno de ellos había padecido crisis de tiflocolitis no comendranosa; no citaré ninguna de las numerosas observaciones que han pasado ante mi vista durante nueve años y que les he expuesto á mis alumnos. Prefiero presentaros hechos inéditos procedentes de otros cirujanos; en la Sociedad de Cirugía me he dirigido á seis de mis colegas hon.

bres prácticos y de gran sentido clínico, los Señores Guinard, Dalagier, Faure, Pierre, Delbet y Mary y al instante me han proporcionado cada uno otras observaciones tomadas al azar de entre un montón de ellas. Resumiendo os dire que en todos ellos es innegable la enterocolitis, que en todos el diagnóstico de apendicitis fue confirmado por la operación y caracterizado por gruesas lesiones que hacen inútil la comprobación del microscopio, vascularización, adherencias, frialdad, estenosis, cálculos, quistes purulentos.»

El cirujano español Doctor Indalecio Cervasa expresó su criterio sobre apendicitis en 24 conclusiones presentadas al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía celebrado en Madrid, reconociendo como causa prima influencia bacterianas múltiples por haberse comprobado

experimentalmente la intervencion del colibacilo, el estreptococo, estafilococo, pneumococo, demostrando otros analisis que tambien existen apendicitis tuberculosa y antinomocorica, comprobando tres casos de la primera variedad y ninguno de la segunda. En uno de aquellos diagnosticó un cancer del ciego pero la autopsia y el microscopio demostraron el error, tratandose de una apendicitis tuberculosa que habia invadido el ciego. En efecto es una forma clinica que se confunde con el cancer y que autor bautizó con el nombre de tuberculosa de forma de cancer. A parte de las causas apuntadas señala otras como la estreñimiento, los trastornos digestivos crónicos, la indigestion y enterocolitis anteriores al ataque estimandolas como causas predisponentes, colocando tambien entre estas las enfermedades generales infecciosas, ataque anterior, traumatismo y todo aquello que determinando congestión

de la mucosa despierta y exalta la virulencia de los gérmenes que en él se hospedan. La influencia de estas infecciones la ha comprobado en dos casos de apendicitis en el curso de una fiebre tifoidea con ulceración y perforación del apéndice; de estos dos casos, ambos mujeres, en uno la perforación produjo una peritonitis generalizada que mató a la enferma sin que pudiese ser operada; en el otro caso se produjo una peritonitis circunscrita con absceso periapendicular que operó y curó, continuando en curso la fiebre tifoidea durante cinco semanas.

Acepta como principales teorías para explicar la patogenia de la apendicitis: 1.^a La que atribuye la apendicitis a un cuerpo extraño «*balanion*». 2.^a La de la cavidad cerrada de Divdajoy. 3.^a La infección simple del apéndice, entendiendo que esta última condición es solo la in-

dispensable, considerando á las demás como causas ayudantes pero que sin ellas puede muy bien presentarse la apendicitis, explicándose perfectamente de este modo las locales, las que obedecen á una causa general y las latentes, porque los fenómenos clínicos no comienzan hasta que la infección no invade el peritoneo. Las latentes no podrían explicarse por la presencia del cuerpo extraño ni por la oclusión porque ni aquel ni esta son constantes.

Es mas prudente y atinado significarse por un criterio selectivo por el que se le conceda su importancia lo mismo á las infecciones propagadas de las distintas lesiones que sufre el tubo intestinal en la fiebre tifoidea, enterocolitis, etc, como á la cavidad cerrada. Esto no puede negarse que se determina por un cálculo, enroscamiento del

apendice, flecion, torcedura y una vez determinada los microbios aprisionados corren la suerte que ya indicé Klebsi en sus experimentaciones; como tambien hay que aceptar que sin que se origine el vaso cerrado, por una infeccion propagada del intestino, como lo demostró Neuhof en la tiflocolitis, pueda darse la apendicitis. La teoria pues de Dieulafoy peca de absoluta y solo asi se explica, dice el Doctor Robert, pueda reintegrarse en determinadas circunstancias el funcionalismo apendicular sin que se sea obligado el cirujano á practicar una reseccion.

Anatomia Patologica

Gracias á las operaciones practicadas precedentemente se ha podido comprobar que las alteraciones anatómicas sufridas por el apéndice vermiforme inflamado presentan una diversidad de aspectos desde el simple catarro hasta la total destrucción y desprendimiento grave de los tejidos por la gangrena. En las inflamaciones que menos alteraciones anatómicas producen, la mucosa es la única atacada; está tumefacta, rubicunda y regrega mas que en el estado sano; los folículos están tumefactos y hay una verdadera infiltración de pequeñas células, infiltración que llega á alcanzar á la submucosa, apareciendo por ello el apéndice rígido, engrosado y tirante. Por esta tumefacción de los folículos é infiltración celular se crea un obstáculo en

la cavidad apendicular reteniendo ese aumento de secreción, quedando la cavidad repleta de mucosidad gris ó amarilla mezclada á veces con materias fecales y presentándose en ocasiones en la mucosa ciertos equimosis que pueden dar por resultado pérdidas superficiales de substancias que se llaman úlceras erisivas. De estas condiciones, en la inflamación del apéndice, pueden seguirse seguirse distintos resultados según el giro que tome el proceso, en efecto todo puede retornar á la salud si se opera una retracción inflamatoria con adherencia de la mucosa que estaba erosionada desapareciendo de esta forma la porción enferma de la cavidad cerrada del órgano; ó de otra parte en esta cavidad cerrada, que puede ser temporal ó crónica, completa ó incompleta, puede establecerse el desagüe evacuando.

se en el intestino aquellos materiales y microbios acumulados, siendo posible por este medio una completa regresión á la normalidad, sin mas que algunas reliquias como cierto engrosamiento del vermiforme.

Como terminación favorable pueden determinarse ciertas retracciones inflamatorias de forma anular dando origen á estrecheces que mas adelante pueden provocar nuevas inflamaciones y retracciones. Estas estrecheces determinadas casi siempre por una formación cicatricial interna y otras veces debidas á adherencias peritoneales que hacen que el apéndice se fleccione, pueden ocasionar la obstrucción completa de la cavidad, produciendo en algunos casos, aunque muy excepcionales, una hidropesía del apéndice porque se llena de la secreción mucosa, afectando la parte oculta la forma

cilíndrica alargada y inmanente tensa, ó bien la forma esférica ó piriforme; es una verdadera retención sero-mucosa sin caracteres de inflamación bacteriana, es un verdadero quiste apendicular que puede compararse con la hidropesía de la vesícula biliar y con la vesícula. Las paredes de dicho quiste se modifican por la distensión del líquido, ~~atrofiándose~~ ^{atrofiándose} sus elementos celulares y glandulares, engrosándose su capa serosa y muscular, se desprende su epitelio y se hipertrofia su tejido conjuntivo. En el Hospital Moabit de Berlín existe un ejemplar de estos quistes, que Virchow consideró como una degeneración coloidal; afecta la forma de una pera de enormes dimensiones, midiendo catorce centímetros de longitud y veinte y cuatro centímetros de circunferencia máxi-

ma.

A medida que sigue en marcha la inflamacion se van aumentando las alteraciones del apendice, las erosiones se hacen mas extensas y profundas, es mas grande la tumefaccion de la mucosa hiperemiada, aumenta asi mismo la infiltracion celular de la mucosa y submucosa, son mas constantes las hemorragias, aumenta la hipertrofia de la tunica muscular, adquiriendo el contenido mucoso un marcado caracter purulento, alternando la retention de estos productos con su salida, y llegando a ser notable el apendice por su rigidez y tamaño a veces superior al dedo meñique.

Otras veces se encuentra incurvado porque se retrae la mucosa,

ó por la tracción del mesenterio, ó por las adherencias que él se fra-
 gue con los órganos vecinos. El líquido contenido en el apéndice
 siempre está en corta cantidad cuando se ha transformado en
 purulento porque nunca en este caso da lugar á distensiones del
 apéndice como en la hidropesía por su marcada tendencia á la
 función inflamatoria del tejido dando lugar á un estallido
 del saco cuando empiera á ser exagerada la expansión del líqui-
 do, pero cuando por excepción no se rompe el saco y se acumula
 el líquido purulento se puede calificar á este estado de un mo-
 do análogo á la hidropesía llamándole empiema del apéndice
vermicular. A esta altura de la inflamación del apéndice posi-
 ble es su curación aunque de una manera más excepcional

y nunca restituyéndose las partes alteradas à su primitivo estado, porque las lesiones anatomicas estaban ya muy avanzadas por haberse prolongado mucho la evolución del proceso, mas pueden cicatrizar esas extensas erosiones de la mucosa determinando retracciones que acaban por obliterar la luz del organo.

Hasta aqui ha podido llegar la inflamacion conservandose aun la integridad del apendice y vuelto todo à la salud permanecer abierta su cavidad, por lo que con cierta razon puede llamarse inflamacion simple, catarral ó supurativa, escolivoditis simple de los alemanes; mas siguiendo su evolución puede abrirse paso el pur à través de la pared determinando la perforacion escolivoditis perforativa.

Esta perforacion que puede presentarse en cualquier punto de la cavidad

dad afecta con mas frecuencia la punta del apendice, puede ser unica ó presentarse varias á la vez; estando constituidas en ciertos casos por agujeros muy finos y en otras ocasiones por un solo orificio de un centimetro de ancho. Cuando se observa el apendice desde los primeros momentos de la perforacion presenta el cuadro de una inflamacion considerable; aquellas partes en que se han respetado los tegidos se encuentran tumefactos é hiperemiados; los bordes de la perforacion aparecen necrosados, negros, grises ó verdosos, mientras que en la zona contigua, donde todavia no es completa la gangrena, es arioento el tegido de una infiltracion de pur presentando una coloracion amarilla. Sino fuera porque de ordinario el apendice inflamado adquiere adherencias con los organos inmediatos, la

perforación se efectuaría en la cavidad peritoneal. Si antes de que se perfora el apéndice este ha adquirido conexiones puede darse el caso que la perforación se efectúe en las paredes de este órgano y se derrame el pur en su interior.

No siempre nos es dable averiguar el mecanismo por el cual se ha practicado la perforación o el agente etiológico que la ha determinado. En la mayoría de las veces es probable que sea preparada por la ulceración de la mucosa en caso de empiema; á la trombosis purulenta progresiva de los vasos con disgregación del tejido y al ahondamiento de la úlcera pueden contribuir diversos factores que obran mas ó menos rápidamente; los desórdenes circulatorios que fácilmente se producen en el punto de una inflexión del apéndice,

lo mismo que la circulación de las arterias contenidas en el puz, como las influencias mecánicas producidas sobre la pared del apéndice por un cálculo estercoráceo, ó la acción del puz sobre el saco tirante del mioma. Todos desórdenes circulatorios, que en la apendicitis perforativa conducen á la disgregación circunscrita de los tejidos, pueden ser tan extensos que un gran segmento del apéndice ó casi la totalidad puede ser objeto de una gangrena aguda.

Hathnagel fundándose en los trabajos de algunos observadores, opina que en ciertos casos de inflamación ulcerosa crónica de la mucosa se ha encontrado el apéndice libre de toda resonancia por parte del peritoneo, pero esto es un caso puramente excepcional;

La propagación de la flegmaria constituye un hecho tan constante que falta tan solo en los pocos casos en que todo se limita á un catarro ligero y fugaz de la mucosa.

Hasta ahora solo accidentalmente nos hemos ocupado de la participación que se puede caber al peritoneo en los procesos inflamatorios del apéndice, ya sea en su revestimiento seroso ó bien en la zona limitrofe ó en toda la cavidad peritoneal. En las inflamaciones apendiculares mas ligeras cuando se procede á su inspección aun en los comienzos del proceso, se encuentra ya el peritoneo adherido á la serosa de las partes vecinas por medio de aglutinaciones fibrinosas delicadas y fácilmente desprendibles, que si cuentan algun tiempo se transforman en bridas y adherencias con-

juntivas muy compactas en forma de membranas muy resistentes, aglutinaciones y bridas que serán mas extensas y numerosas segun la intensidad del proceso inflamatorio.

Al entenderse esta inflamacion adhesiva no solamente se frecuan conexiones del apendice con los organos circundantes, sino que se establece adherencias entre los organos entre si, el intestino delgado con el grueso y este con el epiploon, produciendose por este mecanismo inflexiones del apendice y del intestino pudiendo dar origen a trastornos funcionales de alta gravedad; como al contrario llegan a crear una bella protectora que aislando al foco inflamatorio del resto de la cavidad peritoneal pone dique a los exudados periapendiculares. Para que el peritoneo participe de este proceso inflamatorio no es preciso

que se perfora la cavidad apendicular, puede contaminarse por vía linfática dando origen á una infección purulenta generalizada de carácter gravísimo.

Las inflamaciones peritíflicas agudas circunscritas se reconocen en las investigaciones clínicas por una tumoreación, por una intumescencia mas ó menos grande. La antigua teoría por la que explicaba que dicho tumor era determinado por una coprostasis en el ciego es hoy de todo punto inadmisibile. Mucho se ha discutido sobre la naturaleza de estas tumescencias, del origen y composición de este tumor peritíflico siendo en la actualidad perfectamente conocido dicho asunto gracias á las operaciones precoces. Es un hecho que tanto el ciego como las asas del intestino delgado vecinas al foco

inflamatorio se encuentran distendidas por gases, parecido á lo que ocurre en las inflamaciones recientes del intestino, como así pueden producirse retenciones enteroraceas por cuyo motivo se explicaban antiguamente por la coportais estos tumores; pero lo que verdaderamente da origen á este tumor peritíflico es la infiltración inflamatoria y á la invasión serosa del tejido en la proximidad del foco inflamatorio, es por consiguiente la pared del mismo intestino, del tejido retroperitoneal, del epiploon y mayormente las cubiertas abdominales principalmente las mas profundas. Como por otra parte las asas intestinales han dejado de ser dislocables porque una capa de fibrina las ha aglutinado entre si, se acentúa mas la percepción del tumor por un aumento de resis-

cia de atmosfera que lo rodea.

Hay que tener muy en cuenta que en la formacion de este tumor no solo forman parte los factores hasta ahora señalados sino que frecuentemente interviene una coleccion liquida que en la mayoria de los casos es de naturaleza purulenta, conteniendo á veces materias excrementicias ó celulos estercoreas cuando en su comienzo procede de una perforacion de la cavidad apendicular. En otras ocasiones dicha coleccion es serosa ó sero-fibrinosa aunque menos frecuentemente. Varía mucho el tamaño de estos abscesos segun se les reconozcan en su comienzo, época que de ordinario tienen poco volumen, como así cuando proceden de una perforacion que solo pueden contener lo que habia retenido en

la cavidad del apéndice, pero mas adelante pueden adquirir en algunos dias tal volumen que por si solos constituyan la totalidad del tumor cecal.

Estos abscesos purulentos peritíflicos pueden regresar y desaparecer espontaneamente como lo demuestra el experimento de Potter; en efecto para excluir esta toda duda hizo una aspiracion con una goringuilla y extrajo una cantidad de pur dejando una buena porcion de este en el absceso que no obstante se le vio regresar y curar mas adelante. ¿A donde va este pur? de ordinario este pur desaparece por reabsorcion; es muy probable que en estos casos se trate de depositos fibrinoso-purulentos que son absorbidos por el peritoneo el unico que aun conserva este poder de absor.

cion.

Pero en otras ocasiones, y esto es muy frecuente, por un verdadero autodrenage á trav3s de la perforacion apendicular y tambien por perforacion intestinal, cuando el absceso tiene alguna fecha, el pus puede abrirse pero en un organo cavitario del abdomen, siendo las mas de las veces el intestino el organo preferido, siguiendole el recto, la vejiga urinaria, la cavidad uterina, ó la vesicula biliar, aumentando paulatinamente de tamaño sino llega á encontrar estas salidas, se van desgastando las adherencias que le incapsulan, mientras que se va formando una nueva valla protectora por aglutinaciones fibrinosas perifericas recientes, no siendo por esto raro que se vaya formando una cavidad purulenta sinuosa y designada con

prolongaciones muy difíciles de comprobar, que al cerverse quedan absesos aislados, varios en número e independientes unos de otros, y continuando esta marcha rara siempre precedida de adherencias protectoras, pueden en último término hallarse muy distante de su primitivo punto de partida. Dicho avance no es arbitrario y distinto en cada caso sino al contrario se le nota marcada preferencia por ciertas vías, como por ejemplo por la cara externa del colon ascendente en dirección a la región venal y diafragmática formando por ello un absceso subdiafragmático, que a su vez puede infiltrar dicho órgano, formar un empiema de la cavidad pleural derecha, perforar un bronquio y salir en forma de fístula. Puede llevar una marcha descendente, pen-

trar en la pequeña pelvis, entre el recto y la vejiga, ascendiendo por
 la pared pélvica apareciendo por encima del ligamento de Poupart.
 En estas excusiones purulentas pueden adquirir reciprocas adhe-
 rencias grandes porciones de intestinos delgado y grueso, aparecien-
 do deprimida la cavidad abdominal no obstante la cantidad
 de pur que colecciona. Pero el pur puede buscarle salida á traves
 de las paredes del vientre labrandose la perforacion de ordina-
 rio en el punto que primitivamente se infiltró, ó sea proxima-
 mente en el hueso ilíaco, pero tambien se encuentra esta perfo-
 racion por debajo del ligamento de Poupart por haber descendi-
 do el pur por las paredes abdominales, ó mas bien por la mis-
 ma cavidad del vientre. Otras veces tiene la piel labrados en su

espor largos y inermes trayectos fistulosos que en ocasiones no dan salida al pur, ó bien se abren en la region umbilicar y lumbar, trayectos que sostienen á los enfermos en un estado de marasmo del que les es difícil salir, estando por el contrario muy empujados hacia la muerte.

Abierto un absceso y vaciado completamente quedando pur en la cavidad abdominal, las bridas y adherencias encapsulantes paulatinamente se transforman en engrosamientos callosos de durísima consistencia.

Los vasos abdominales no quedan ajenos á las alteraciones que llevamos señaladas hasta ahora: en efecto interesándose alguna vez una vena de la cara inferior ó bien el territorio de la vena porta,

La perforación que se determina en sus paredes provoca la infección del trombus que se había formado antes que llegara á romperse la pared y como consecuencia de esto producen innumerables abscesos del hígado, en los riñones, en el vero, en los ganglios retro-peritoneales y en los pulmones, como así puede originarse abscesos del cerebro, meningitis, endocarditis, parafiditis purulenta y otras metástasis; esto aparte que el proceso ulcerativo y perforante puede recaer en las paredes de la arteria circumflecta-iliaca y hasta en la misma ilíaca interna dando origen, como se conocerá, á hemorragias graves.

Hasta ahora hemos visto que las inflamaciones peritoneales, como propagación del proceso flegmático desarrollado en el apéndice, estaban siempre limitadas, gracias á la protección prestada por las aglutina.

cion oclusora de la serosa. Mas esto no pasa siempre de esta forma y en muchos casos debido á la rapididad de la evolucion de la enfermedad, ó quizá á la gran virulencia del agente infectante, no hay tiempo para formarse esa barrera protectora contaminandose toda la cavidad peritoneal, dando origen á la peritonitis difusa, terrible complicacion que pone termino fatal á dicho proceso. Esta peritonitis se presenta á veces inmediatamente despues de los primeros sintomas inflamatorios del apendice y en determinadas veces, en muchas ocasiones por la brusca irrupcion en la cavidad peritoneal de una gran cantidad de material infectivo y purulento que se vierte por una abertura del apendice ó por gangrena de sus paredes. Cuando asi se desarrollan los acontecimientos contrasta con esta brusca é

intensa infección el poco desarrollo de ese infiltrado inflamatorio que antes señalábamos como principal causa de la tumoreación que se presenta en la región cecal, hasta el caso de faltar en muchas ocasiones. En otros casos toma un carácter mixto, es decir una modalidad que participa algo del carácter de esas aglutinaciones protectoras como así de esta inusitada generalización, pues en efecto se forman dichas barreras protectoras, se forma un tumor peritíflico este ó no perforado el apéndice ó gangrenado, pero esas aglutinaciones no pudieron encapsular por mucho tiempo el contenido de abscesos rápidamente formado y antes sus paredes se transformó de peritonitis localizada que era en generalizada supurativa aguda de curso ordinariamente mortal.

He de manifestar que á veces apenas se inicie un ataque apendicular se presenta en escena una irritación peritoneal difusa en la que aparece doloroso y meteorizado el vientre y que hemos excluido de estas otras peritonitis que antes quedan señaladas: dicha irritación peritoneal considerada anatómicamente, va precedida de una iperemia del intestino con pequeño derrame seroso el que no tarda en desaparecer restituyéndose toda la normalidad.

Por lo que llevo dicho, las manifestaciones anatómopatológicas de la peritonitis aguda se presentan en grados muy diversos que pueden combinarse y confundirse de forma muy variada de modo que en el mismo enfermo se encuentra en diversas partes de su vientre formas distintas de esta inflamación.

Las formas mas benignas al evolucionar pueden transformar-se en las mas graves, por lo que puede afirmarse que las formas clinicas por lo general nunca corresponden á las alteraciones enatopatológicas.

Curso Clínico.

Esencialmente considerado este proceso no son pocos los autores que lo estiman como de desenvolvimiento crónico con distintas modalidades clínicas que se diferencian entre si porque en sus exacerbaciones varían mucho en el grado de agudeza, frecuencia y gravedad de estas consecuencias y terapéuticas.

Oros grupos fundamentales hace Broca de estas formas clínicas; las crónicas propiamente dichas; las que tienen caracter agudo acompañadas de peritonitis circunscritas; y las de caracter agudo con peritonitis generalizada. Al primer grupo pertenecen aquellos casos que como el citado por Bonet de Lion la enfermedad se desenvuelve de forma tan insidiosa y vaga en sus manifestaciones, que les hizo pensar en

una coxalgia; en efecto en esta forma los pacientes sufren desde su infancia dolores abdominales mal caracterizados y peor explicados y hasta de indecisa localización, llegando á creer que se trata de cólicos hepáticos ó nefríticos con dolores periumbilicales etc, síntomas que en todo hacen pensar menos que en una apendicitis, cosa que para inadvertida si un reconocimiento prolijo y preciso del lado derecho del vientre no nos pone camino de la verdad.

Al hacer el estudio anatómopatológico de la apendicitis señalamos esas tres modalidades que Sommerbur denominaba, por orden de la importancia de la alteración, escleroditis simple, perforativa y gangrenosa, división que se pretende por dicho autor sirva de fundamento para el estudio clínico de este proceso, con lo que no estamos

conformes porque la coliciditis simple no obstante representar el menor grado de alteracion anatomica del apendice puede dar origen con frecuencia á complicaciones de tan grave y funesta importancia como la misma coliciditis perforativa y gangrenosa, dificultando por ende la diferenciacion clinica de cada una de estas tres formas.

Adoptando el método ó clasificaci6n de Hothnagel, an6logo á la de aquellos autores que la dividen en leve, semi-grave y grave, dividiremos las formas clinicas en las siguientes.

1.^a Sintomas que se manifiestan en aquellas alteraciones que solo interesan el apendice y su inmediato revestimiento seroso.

2.^a Sintomas que se manifiestan en aquellas inflamaciones del apendice que van acompañadas de tumor y absceso periapendicular.

3.º Síntomas de aquellas apendicitis cuya peritonitis se ha generalizado.

= Modalidad clínica de esas inflamaciones limitadas solamente á el apéndice. = El acceso de apendicitis que resulta ser consecuencia de estas alteraciones anatómicas del primer grupo, va con frecuencia precedido de ciertos síntomas prodromicos, tales como dolores á manera de cólicos fugaces, con desórdenes hepáticos, vesicales y renales y desórdenes del vientre estomago é intestino sin signos objetivos, alteraciones que por lo vagues se le atribuyen al reuma é histerismo como así se le atribuyen en las mujeres á las inflamaciones de los anexos. Como hemos dicho al principio de este capítulo, si se llega á practicar un reconocimiento conociendo no es raro encontrar cierta localización del dolor hacia la for-

iliaca derecha, poniendonos esto en el verdadero camino del diagnostico.

Ocuere que el primer ataque haga su presentacion, iniciar precedido de estas alteraciones que hemos señalado, en medio de ligeros ó ningunos trastornos, en la mas completa salud, habiendose sorprendido al paciente de un intenso dolor sentido frecuentemente en la region gastrica y periumbilical, acompañado de nauseas, vomitos y diarrea. Sonnenburg concede gran importancia, para el diagnostico diferencial entre la indigestion con vomitos y dolores y la apendicitis sin precisa localizacion del dolor, á la circunstancia de presentarse en esta última las nauseas y vomitos despues del acceso de dolor.

En los niños, que no dan clara razon de sus sintomas subyectivos, es muy facil incurrir en error cayendo del lado de una indigestion ó

catarro agudo del estomago. Frequentemente despues de un escalofrio inicial asciende la temperatura á 38 y 39'5, faltando en otros casos todo movimiento termico; el brazo derecho se pone en flexion y se meteoriza el abdomen que se va poniendo progresivamente sensible á la presion, trastornos unos y otros que no tardan en remitir desapareciendo la fiebre y sensibilidad progresiva del vientre, cede el meteorismo y en el espacio de tres dias mejora notablemente el estado general apreciándose facilmente cierta pastosidad y tension en la region ileocecal que corresponde al apendice engrosado en forma de cordon y que aun está doloroso á la presion, sin que pueda llegar á ser confundido con los anexos inflamados, que por el reconocimiento vaginal siempre se encuentran estos mucho mas bajos.

Algunos hechos han demostrado que estos enfermos que sufren estas apendicitis que no van acompañadas de una destrucción grave del apéndice, después que remiten sus síntomas agudos quedan en un estado insidioso que obliga a plantear esta cuestión: ¿Se halla definitivamente curada la enfermedad?, no obstante haber desaparecido por completo todos los síntomas subjetivos, cuando menos los mas ostensibles. A esto no se puede contestar definitivamente.

Como generalmente el apéndice ha sido asiento de alteraciones profundas que persisten por largo tiempo y que después del primer ataque aumenta gracias a las anómalas posiciones que adquiere por sus adherencias con los órganos vecinos, de aquí que con alguna frecuencia se vean los enfermos molestados por recidivas, por

numerosos accesos apendiculares separados por intervalos mas ó menos largos reproduciendo en un todo la exena del primer acceso, sin que esto quiera decir que en la reproduccion pueda presentarse mas benigno ó todo lo contrario. Solo tratandose de una obstruccion de la cavidad por una tumefaccion accidental de la mucosa, por un bolo enterocoraco, al desaparecer la causa todo puede volver á la salud en toda su integridad.

Dentro de este periodo de recidivas pueden conservar los pacientes tan completa salud que se crean definitivamente curados, hasta que junto desaparecen toda clase de molestias subjetivas, pero un nuevo é inesperado ataque viene á sacarlos de su error, tratandose quizá de una profunda alteracion del apendice, de úlceras profundas

que llegan hasta á perforarle, ó bien la causa que provoca esta recaída son esas adherencias que se establecieron entre los intestinos ó entre estos y el apéndice, dándose el caso que adherencias extendidas desde la extremidad del ileon y la pared posterior del abdomen dieron origen á desórdenes considerables del estado general que llegaron á desaparecer mediante la destrucción de estas bridas por una operación.

Mas lo que ordinariamente pasa es que los pacientes conservan en los intervalos de los accesos ó recaídas ciertos trastornos subjetivos que reproducen en un tanto á los fenómenos prodromicos: En efecto permanecen siempre molestos con una sensación de peso y compresión en la región ileocecal que constantemente les recuerda lo

que paro y anuncia quizá un próximo ataque, el que procura prevenirlo imponiéndose toda clase de privaciones de alimentación y ejercicio, volviéndose algunos hipocondriacos, palidos y demacrados llegando hasta la caquexia.

= Modelidad clinica de esas inflamaciones periapendiculares con tumor, absceso.= Frecuentemente un ataque violento constituye la primera manifestacion de esta especie anatomica, sin que por los comentarios se sospeche la afeccion cronica del apendice que preparase el ataque presente, aunque no es raro que sea una reproduccion acentuada de los ligeros ataques de la forma benigna; los sintomas pues de esta forma clinica son exactamente los mismos de la primera variando solo su intensidad: en efecto vomga la excrea un violento escalofrio,

fiebre de 39 á 40 grados, dolor intenso en todo el vientre, abundantes vomitos biliares, diarrea seguida de constipacion, profundamente adestado general, el vientre ligeramente meteorizado y en otros casos duramente contraídas las paredes abdominales, siendo todo el vientre extraordinariamente sensible á la mas ligera presion por lo que cuidadosamente evita todo movimiento el paciente, que á su vez se halla sudoroso, colapsado, con pulso frecuente y pequeño y cianotico.

Solo cuando transcurrido algunos dias y cediendo algunos sintomas como el meteorismo y la sensibilidad exquisita del vientre, vencida un poco la defensa muscular podremos encontrar el origen de estos fenomenos dependientes probablemente de una inflamacion difusa serosa, no fibrinosa, o purulenta del peritoneo que arrancó de la region apendicular

y en la que ultimamente se halla localizada, segun se deduce de la persistencia del dolor compresivo y defensa muscular de esta region, que unido con la intensidad y violencia del principio nos permite generalmente afirmar el diagnostico de esta modalidad clinica, excluyendo una peritonitis supurada difusa.

Teniendo en cuenta la marcha que sigue la temperatura, como asi el modo de conducirse el tumor periapendicular, es como se puede llegar al diagnostico del absceso que da caracter a esta especie anatomica. No obstante señalar autores algun que otro caso desarrollado sin alteracion termica, en general la afeccion comienza con una temperatura de 39 a 40 grados que persistirá o no segun la marcha ulterior del proceso, es decir segun sea leve o grave y complicado de supu-

racion, siendo indicio muy favorable el hecho de remitir la temperatura á los dos ó tres dias, señalando una reabsorcion del exudado, pero si por el contrario se sostienen las cifras de 39 á 40 grados durante los primeros cinco dias, ó mas, es casi seguro que se está formando un absceso porque solo asi se explica esa pertinacia, salvo el caso que otro proceso, ageno al que nos ocupa, pudiera sostenerla. Mas teniendo en cuenta que algunos abscesos voluminosos del abdomen pueden transcurrir durante algun tiempo con apirexia completa, es preciso ser muy prudente al sacar conclusiones de este género, por esto y porque á veces no desciende subitamente la temperatura en los primeros tres dias, sino que lenta y paulatinamente va descendiendo durante toda la semana. Ciertos casos tiene la caracteristica de comenzar con fiebre

ligera alcanzando la normal al cabo de cinco días para volver à ascender lenta ó súbitamente sin una causa externa que pueda aclarar este curso, solo es explicable por la formación de un absceso.

De manera de conducirse el tumor periapendicular, unido con el curso de la temperatura, como ya he dicho, sirve para diagnosticar esta segunda forma clínica.

En la simple inflamación del apéndice digamos que se presentan tumefacciones formadas de un exudado serofibrinoso el que parece que no contiene bacterias y que pasados los primeros días comienza paulatinamente desapareciendo por completo, quedando como reliquias un engrosamiento del apéndice y ciertas adherencias. Esta tendencia à la reabsorción rápida falta en esta forma de que nos ocu-



paramos porque se ha llegado á la supuración. En este caso paró la algidez y violencia de estos primeros días, localizado y circunscrito el dolor á la región cecal y siendo ya posible la palpación de la pared del vientre, por haber cedido un tanto la defensa muscular, se llega á comprobar una resistencia bastante difusa extendida entre el tamaño de un huevo al de un puño, la piel que lo cubre está algo tumefacta y roja, no siendo dislocable el tumor, muy doloroso á la presión, duro y de superficie lisa, hasta que llegado el quinto día se ve que no remite, sino que al contrario gana de volumen, aumentando también el edema de la piel. Esta persistencia del tumor ó aumento de volumen y dolor hasta el quinto día puede considerarse un síntoma precursor de supuración aunque no tiene valor absoluto;

solo cuando en el estado sano estaba el apendice unido à la pared abdominal anterior se podrá apreciar la fluctuacion del pur desde el cuarto ò quinto dia, fuera de ese caso, rarissima vez se logra apreciarle en esa epoca por solo la palpacion, porque la intensidad del infiltrado y el espesor de la pared impiden apreciar un punto blando à traves de esa resistencia.

Todo cuanto aqui hemos dicho del tumor periapendicular es aplicable al caso de hallarse el apendice en su lugar ordinario, porque de hecho se conoce que cambiando la posicion habitual de este receptaculo tambien cambia el por que el tumor que se desarrolla en su periferia, imprimiendo esta anomalia un caracter distintivo al cuadro clinico de este proceso: en efecto cuando el abs-

uso se desarrolla detras del ciego, no teniendo contacto con las paredes abdominales estas permanecen intactas, percibiendose el infiltrado muy profundo al traves del ciego que á la percusion dá un sonido timpánico: si el pur descende á la pequeña pelvis se acompaña de trastornos funcionales de los organos contenidos en ella, cistitis y tenesmo doloroso al par que dolores lumbares fuertes que se irradian á la pierna derecha: si el absceso reside junto al borde derecho del ciego la inflamacion se corre hacia la espina iliaca y hacia la linea media cuando el punto infiltrado es el borde izquierdo del ciego: si el pur toma una marcha ascendente, en el ligado se llega á encontrar el punto doloroso y la tumuracion acompañada de flexion y adduccion del muslo derecho; haciendo una

exploracion rectal, vaginal, que nunca ha de omitirse, se hallará, en caso de haber descendido el pus á la pelvis, un abombamiento blando y esférico que denota la coleccion purulenta, ó bien una resistencia dolorosa en el fondo de saco de Douglas.

En dos casos de anómala situacion del absceso periapendicular se llega á tropezar con dificultades insuperables para establecer el verdadero diagnostico, uno de ellos cuando la inflamacion se trasmite á los anexos en la mujer ó de estos al apéndice, estableciéndose tan íntima relacion que impide aclarar el caso, y el otro cuando el pus del absceso se introduce en un saco herniario derecho, atribuyéndose los síntomas de la apendicitis á una incarceration aguda.

Hallase el absceso en cualquiera de los sitios indicados, sino se llega á proceder con una intervencion quirurgica, que dicho se de paso es su unica terapeutica, puede no obstante esperarse su curacion, segun se dijo al hablar de su anatomia patologica, reabsolviendose paulatinamente y haciendose estéril el pus, como ocurre probablemente en aquellos casos en los que persiste durante algun tiempo la transfeccion peritiflitica con disminucion gradual del tumor y del dolor. Impero la marcha que siguen esos abscesos entregados á su espontaneo desenvolvimiento dista mucho de ser siempre la esterilizacion y reabsorcion de su contenido, ante el contrario el pus se libra paso en otro organo cavitario, siendo preferentemente el intestino el organo perforado, especialmen-

te al ciego, no siendo nada difícil el que se encuentre durante algunos días el pur en las deposiciones cuando este se encontraba en gran cantidad en el absceso, hallando también su salida en otros casos por la vejiga, útero, vagina, diafragma y pleura, como á través de la pared del vientre, siendo estas salidas señaladas como un posible medio de curación, que traen consigo en ocasiones supuraciones fistulosas muy duraderas y acompañadas de fiebre hectica que arrastran al paciente al pauperismo y á la caquexia, sino es que ya el pur periapendicular no determinó la piodemia por su introduccion en una vena, funesta intoxicacion de la sangre que puede sobrevenir en estas largas y cronicas supuraciones y que desfigurando al paciente con una profunda de-

macraion e intensa ictericia transcurrirán con numerosos escalofríos y sudores profundos, marchando con paso acelerado hacia la muerte.

Curso clínico de las apendicitis con peritonitis difusa. En este capítulo expondremos las complicaciones mas importantes de las inflamaciones del apéndice tales como la propagación de la inflamación a toda la serosa peritoneal. En estas peritonitis sépticas difusas de curso agudo, quedan relegados a segundo término los síntomas locales de la inflamación apendicular, ocultos ante la infección general. Las alteraciones anatómo-patológicas que se encontraban en esta modalidad clínica, digamos que, salvo el caso raro de una infección séptica por la

via linfática, consistían en una gran perforación de la cavidad
 apendicular, ó de una gangrena fulminante de sus paredes,
 por lo que en un momento puede evacuar inevitablemente
 una gran cantidad de material séptico en la gran cavidad
 peritoneal, sobreviniendo en el momento una viva y violenta
 reacción por parte de la serosa que se manifiesta por un des-
 censo térmico, colapso profundo, dolor intenso, vómitos, lípido,
 etc, arrebatándoles la vida en los primeros días sin lograr
 salir de la prostración en que entraron desde el primer mo-
 mento. Es tan intensa y rápida la sepsis en estos casos deses-
 perados que no tiene lugar la economía de acudir en su de-
 fensa con esas adherencias peritoneales que circunscribiendo el

proceso inflamatorio impida que el pur infectante se extienda por toda la cavidad del vientre, no da tiempo á que se forme el tumor peritonítico sin que este pueda extirparse en todos los casos una segura barrera que nqete la marcha del pur infectante, porque no son raros los casos de perforacion de estas adherencias. Otras veces la peritonitis se extiende lentamente por etapas bajo la forma de peritonitis fibrinosa purulenta difusa, que da lugar á senos y abscesos limitados, que no porque sus paredes sean firmes dejan de llevar consigo un gran peligro para los enfermos, en efecto, es pur infectivo en la cavidad abdominal, aun encontrandose en cantidad tan pequeña que no pueda ser comprobada clínicamente, puede dar origen á una

peritonitis putrido purulenta difusa aguda por perforacion que arrebató al enfermo en veinte y cuatro horas.

Las numerosas estadísticas que se han recogido referentes á la frecuencia de las recidivas en la apendicitis demuestran la singular importancia que tienen estas en su historia. Nunca se puede decir de una manera definitiva si el acceso presente será epílogo del proceso flemático, ó solo el prólogo de una larga serie de recidivas que reproduzcan ó exageren los primeros episodios. Sonnenburg llega á un 27 por ciento y Rothagel á un 16 por 100 la frecuencia de estas recidivas. Potter encontró que 47 de sus 225 enfermos habían sufrido ataques con anterioridad, armonizando este resultado con el de la estadística de Sahli que entre 1593 encontró 20,8

por los de recidivas, sacando la consecuencia de que estos son frecuentes en el primer año, menos en el segundo y raras en el tercero, no hallando en la mitad de los casos nunca perforado el apéndice.

Diagnostico.

Voy a ocuparme en este capitulo de la parte mas importante de este estudio, ó sea del diagnostico de la apendicitis, que si en la gran mayoria de los casos, tanto agudos como cronicos, se destina manifestandose por sintomas muy caracteristicos, sin embargo, no solamente porque pueden confundirse con otras afecciones con las que tienen verdadera semejanza en sus manifestaciones clinicas, sino porque siendo cada dia mas admitida la terapentica quirurgica para este mal, esto obliga á fijar los terminos con la mayor garantia de acierto, ya que no es cosa inferriva ni de poca monta entregarse á una laparatomia sin antes tener hecho firme, en cuanto posible sea, el diagnostico que nos autorina á este concreto proceder.

Los casos citados, por muchos cirujanos, de diagnósticos equivocados, no obstante lo sencillo y característico del cuadro clínico nos deben tener prudentemente prevenidos, quedando demostrado esto con esas documentes observaciones de Lucas Champoussier en la que fue modificada la laparotomía por la familia. momentos antes de intervenir, comprobándose en dos casos una ovario-salpingitis con integridad del apéndice que curó por la extirpación de los anexos; en otro caso se trataba de una rotura de la pared abdominal; en otro caso la autopsia comprobó una tuberculosis abdominal sin participación del ciego ni apéndice; otro era una dislocación del riñón derecho y últimamente en otros dos casos se comprobó una pleuresía en uno y en otro una hernia de la línea blanca que se redujo en medio de la ope-

saion. Ante esta posible contingencia se ha de tener muy presente al examinar al enfermo el siguiente consejo. Siempre que los síntomas no se expliquen de otro modo, sin violencia alguna, no deberá nunca omitirse el examen del apéndice. Ningún absceso del abdomen está situado de tal modo que no pueda proceder de un apéndice inflamado y los llamados casos de sepsis criptogena ó de piodermia se explicaría á menudo si se explorase el apéndice.

El reconocimiento del enfermo ha de ser siempre prudente y minucioso sin que jamás se prescinda del reconocimiento vaginal ó rectal, explorándolo todo cuando esté el vientre contraído y muy doloroso por las cubiertas porque en estas circunstancias no se aportan datos que esclarescan el problema y solo se consiguen molestias para el pa-

iente.

Diendafay manifiesta que puede diagnosticarse sin vacilacion una apendicitis con la presencia del siguiente triode sintomatico: dolor apendicular en el sitio de Mac-Burney (centro de una linea tirada desde el ombligo á la espina iliaca anterior superior); contractura de la pared muscular del abdomen; é hiperesteria de la piel del vientre. El Doctor bulogio Cervera hace una division de los sintomas de la apendicitis en generales y locales; los generales son estreccion ó diarrea, tumefaccion general, lengua blanca y seca, vomitos, pulso mas ó menos frecuente y fiebre que casi nunca rebasa los 39 grados, peritonismo; los locales son tumefaccion y pastosidad, dolor, fluctuacion, submatidez ó sonoridad á la percucion. Todo esto combinado de dis-

tinta forma, guardando ó no concordancia, con mas ó menos intensidad y duracion, dando origen esto á distintas formas clinicas. La discordancia entre el pulso y la temperatura, la sustitucion de la submacera por la sonoridad y el edema mas ó menos acentuado son hechos que lo han orientado en algunos casos dudosos guiándole en el conocimiento de la presencia del pur, decidiendo su conducta absteniéndose ó interviniendo.

En las apendicitis se deben admitir dos grupos de sintomas, aquellos que generalmente patentizan una lesion apendicular y aquellos otros que la diferencian de las enfermedades con que pueden confundirse. De los primeros son el punto doloroso del Mc. Burney, la contractura muscular del lado del vientre y la hiperestesia de

la piel, que forman la triada dolorosa, además la aparición brusca de los accidentes, el meteorismo y la fiebre.

¿La hiperalgeria cutanea y muscular tiene alguna importancia bajo el punto de vista del diagnostico y terapeutica de la apendicitis? El Doctor Shuren publico un trabajo acerca de la significacion diagnostica del dolor y la sensibilidad en la apendicitis, inspirado en las experimentaciones de Mackenzie, Muller y Manuelle Maullin, llegando a afirmar que dichos sintomas tienen tanta importancia, ya que no mas, que la misma leucitoris, aventajando a esta ultima, porque si dichos sintomas han de tener relativo valor practico, necesitan estudiarse en ciclo porque aisladamente tomados no tienen valor alguno diagnostico. En efecto, el ciclo leucitario se

obtiene con dos tomas de sangre al día, laboratorio y persona técnica, operación que trae apercibidas molestias para el enfermo y dificultades de material; mas el estudio del ciclo de las áreas hiperalgicas y su intensidad, sin molestias y cuantas veces quiera puede observarlas el cirujano con un pequeño martillo ó un plumero y una aguja. Las dos variedades de sensibilidad—superficial ó cutánea y profunda—varian en su extensión e intensidad según la atención de las paredes del apéndice y la propagación y grado de la inflamación. Varian en su forma y extensión las zonas de hiperalergia cutánea pues mientras en unos casos afectan la forma de banda rectangular extendida en el lado derecho del vientre desde la línea blanca hasta las espinas lumbares, en otros casos

La zona sensible se limita á un punto ó á una circunferencia en el punto de Mac-Burney. Generalmente el sitio y la forma de estas zonas es la parte inferior derecha y la triangular, dándole Sherren el nombre de triángulo apendicular de la sensibilidad entera, cuyos límites son por abajo el ligamento de Poupart, la línea media por dentro y en la espina iliaca anterior superior el vertice externo. Este emplazamiento de la zona hiperalgerica no cambia paralelamente con las formas anatómicas del apéndice, y aunque estos apéndices sean cortos ó largos y situados arriba ó abajo, adentro ó afuera, siempre la zona sensible es la que queda consignada; hiperalgeria que es el síntoma mas tarde en desaparecer, cuando la apendicitis declina

por erascion, que aumenta cuando la inflamacion se extiende á otras regiones del peritoneo, y que expresa inmensa gravedad cuando desaparece bruscamente, tanto mas si coincide con una agravacion general, porque esta desaparicion va acompañada de esa terrible complicacion llamada perforacion ó gangrena del apéndice, accidente que reclama una inmediata intervencion quirurgica. Estas zonas hiperalgericas son un precioso guia para el diagnostico diferencial de la apendicitis con los colicos hepaticos, renales y las inflamaciones anexionales, porque la zona hiperalgerica en aquellas afecciones radica en la primer area lumbar de Dcaad y los bordes del torax, sobre la decima y undecima costilla y de presentarse estas hiperalgerias en las anexitis casi

siempre son bilaterales.

¿ Como se han de interpretar estas hiperestusias de la pared abdominal, las resistencias musculares, las violentas contracciones e intensos dolores que sufren los apendiculares? Los tejidos viscerales abdominales pueden rasgarse, quemarse y cortarse sin que el sujeto, humano o animal, objeto de la experimentación manifieste sufrimiento, esto parece paradójico, mas me limitaré a dar una ligera interpretación de estos dolores abdominales, porque no me esta monografía el lugar mas á propósito para hacer un extenso estudio patogenico de los dolores visero-abdominales. En los apendiculares se observa una desproporcionada hiperestesia de la piel y de los musculos, en relacion á la pequenez del organo

primitivamente inflamado — el apéndice — siendo al parecer inexplicable como un foco inflamatorio tan circunscrito diera lugar a dolores tan extensos y en órganos que experimentalmente no acusar sensibilidad. El secreto de la interpretación patogénica de estos fenómenos nerviosos está en la existencia de una capa sensible descubierta de la pared del vientre por Sir James Mackenzie. Para este médico inglés existen en la pared abdominal tres capas de una esquisita sensibilidad: 1.^a La piel, cuya sensibilidad aumenta en grado máximo en las afecciones viscerales, acompañada de un reflejo muscular exaltado; 2.^a La capa formada por los músculos planos del abdomen que se afecta profundamente en estas afecciones, (defensa muscular); y 3.^a La del

tegido conjuntivo laxo situada inmediatamente por encima del peritoneo— este fue el objeto de su descubrimiento— sospechando su existencia al comprobar el extraordinario dolor que sufrían los enfermos, cuando deslizaba los dedos por entre los músculos rectos y el peritoneo. El primero en comprobar el hecho fue Mr Ceiré en un caso de cura radical de hernia, que habiendo anestesiado la piel y los músculos por medio de la cocaína, fue totalmente indolente la operación hasta el momento de separar con la sonda el tegido conjuntivo profundo, despertándose entonces un dolor intensísimo continuando la insensibilidad al seccionar y coquer el peritoneo. La misma opinión emitió hace tiempo el Doctor Cervera, en el periódico La Medicina, á pro-

porito de una informacion del Doctor Mangano, acerca de si era
 sensible el peritoneo. Mas tarde Mackenzie comprobó las mismas
 opiniones de estos autores. Consultado Hamström por Macken-
 zie acerca de la invasion de esta capa de tejido conjuntivo, se
 declaró en diverso sentido del que hasta entonces lo habian
 hecho los fisiólogos consultados, que no admitian mas nervios
 que los que se distribuian por la capa muscular y entérica,
 pero este último dejó demostrado con un minucioso estudio
 histológico de esta capa conjuntiva, que está dotada de una
 rica red de nervios y terminaciones nerviosas procedentes de
 los que inervan los musculos. Ahora bien, si es sensible el
 peritoneo se comprende que sus inflamaciones se comuniquen

à la capa de tejido conjuntivo y que interesando la mencionada red
 nerviosa profunda, como la muscular y cutanea, despierta esa sensibi-
 lidad y dolor que en las exploraciones clinicas atribuimos à la visce-
 ra siendo asi que la inflamacion ò lesion de esta no representa otra
 cosa que el estimulo que por su pertinacia sostiene y exalta esa hiperes-
 citabilidad de las paredes abdominales. En comprobacion de esto
 voy à transcribir un caso muy demostrativo publicado por Sir
 James Mackenzie: «Receaba—dice este cirujano—un trozo de in-
 testino en un sujeto despierto. Habia gran numero de adheren-
 cias y mientras cortaba el enfermo permanecia insensible; corté
 y con las superficies serosas del peritoneo visceral y parietal; ras-
 qué las adherencias sobre el higado; corté y saturé el intestino y

mesenterio, continuando la misma indolencia, y preparada la parte mas superior del intestino se colocó á un lado cubriéndola con un paño cálido. A partir de este momento y en los siguientes tiempos comenzó á quejarse el paciente con alguna frecuencia, manifestando que el dolor lo sentía á través de la línea media al nivel del ombligo, suponiendo al principio que radicaba sobre la región que se estaba manipulando, mas mirando casualmente á la superior preparada del intestino que estaba al lado derecho, puede observar que cada dos minutos pasaba una onda peristáltica sobre la porción mas baja del mismo y que cuando esto pasaba se quejaba el enfermo de dolor en el sitio mencionado de la pared abdominal. Era pues, evidente que habia inmediata re-

lacion entre la onda y el dolor y que el paciente no tuvo duda del sitio del dolor ni yo de su causa, ni de la extension de su area que estaba à mas de 30 centimetros del intestino contraido. Este demostrativo hecho clinico viene à demostrar la opinion admitida por la generalidad del dolor referido. Nosotros admitia dos clases de dolor, el visceral y el somatico, aquel local y este alejado de la viscera, pero bien estudiado uno y otro son iguales, es decir son reflejos. El dolor que siente en la espalda un enfermo de ulcera de estomago es tan reflejo como el que siente en el epigastrio, no obstante suponer que este es visceral ó local porque se siente siempre en el epigastrio, y que es reflejo lo demuestra que no cambia de situacion al par que la viscera que lo aqueja, que de ser visceral cambiaria en las escursiones

respiratorias del estomago. Este mismo razonamiento puede hacerse para todos aquellos casos en que la viscera cambia de posicion sin que el dolor visceral ó local lo efectue. Siendo pues insensible las visceras abdominales la inflamacion de ellas no representa otra cosa sino el estimulo aumentado para provocar mayor irritabilidad en la metamerica medular correspondiente, por el intermedio de los nervios aferentes para retornar por los eferentes a la periferia excitando á none que ellos innervan, de lo que se deduce que dicho estimulo afecta á los centros sensitivos y motores dando origen al reflejo viscerosensitivo y al visceromotor, dolor y defensa muscular tan constantes en el cuadro sindromico de la apendicitis abarcando zonas tan extensas.

El dolor no siempre se presenta de igual forma, pues en las llamadas formas benignas comienza el paciente sintiendo un malestar difuso con tirantes, hinchazón, mas pronunciado todo en la fosa ilíaca derecha, mientras que en otros casos como sintoma inicial se presenta un dolor brusco comenzando con gran violencia como si se tratase de una perforación; entre uno y otro tipo se presenta con muy diversas apariciones el dolor en la apendicitis.

Analicando el Doctor W. C. Hood el valor de este sintoma expresa su conformidad con esas diferencias que se acaban de indicar, desde la molestia abdominal hasta el dolor incooper, buscando en la concomitancia de dicho sintoma con la fiebre un medio de utilidad para el diagnóstico, en efecto, siempre ha visto ir

acompañada de apendicitis de elevación de temperatura, es que basta que un enfermo que se queja de dolores vivos tenga algún movimiento febril para que metódicamente se haga exploración de su vientre y aunque los dolores se irradian puede llegarse, mediante una palpación metódica, á provocar y reactivar el dolor en la zona apendicular; en este lugar aparece el músculo subyacente mas duro, tenso y contracturado que en otros puntos, defensa muscular que es muy elocvente, comprobándose la hiperestesia de la región cutánea correspondiente al triángulo apendicular, que se provoca frotando la piel de la región con un lapis ó la llema del dedo, determinando, con este proceder á veces, calambres muy dolorosos y reflejo del músculo subyacente. Iluminando el vientre se observa la inmovili-

dad, durante la respiracion, de la parte atacada, comprendida entre la cresta iliaca y las costillas, parálisis muscular que se va acentuando conforme avanza el proceso, fenomeno que se comprueba á simple vista ó colocando un cuerpo de larga palanca como una palmetoria ligera. Solo por excepcion se presenta el dolor en otro lugar, refiriendose un caso en que se llegó á desconocer el origen de la peritonitis porque se presentó en la fosa iliaca izquierda. Este conjunto de signos localizados permiten diferenciar el dolor de la apendicitis de aquel otro de la nefrolitiasis y del colico hepatico. De nefrolitiasis el dolor se irradia desde el riñon hacia la vejiga, cadera y testículo, á veces los tumores de bazo malárico la periesplentitis, los procesos peritoneales en la proximidad de la plegadura del colon por acumulo he-

ces fecales y la leucemia originan dolores terribles que se extienden á la región epidérmica, corriendo hacia el estómago, cresta ilíaca y raramente á la espina dorsal, obedeciendo en ciertos casos á gastroptosis á gastroectasias, ó á lesiones del útero y anexos. En las afecciones del íleon en los principios en que el dolor, que es el sistema mas constante, no aumenta con la presión sino que mejora, aunque después pasa lo contrario cuando se interesa el peritoneo. El reumatismo de los músculos abdominales no se acompaña de dolor con caracter paroxístico, disminuyendo con la relajación y reposo de la pared. En las neuralgias lumbos-abdominales los dolores, que aumentan con la presión en todos los espacios intercostales, se limitan á la piel y se irradian al ano y testículo. En los histéricos y neurasténicos se ofrecen hiperestésias de la pared abdominal.

nal, aunque pueden coincidir con afecciones de otros órganos del vientre, persistiendo los dolores espontáneos que puede disminuir una peritonitis cuando se acompañan de tenesmo vesical y síntomas reflejos; mas en estos casos la falta de meteorismo y de fiebre aclara el asunto.

Además del dolor fiebre e inmovilidad se cita el vomito que Hood lo ha encontrado 208 veces en 208 casos; la estreñimiento lo encontró 145 veces en 208 enfermos, la diarrea 58 veces, revelando esto una anomalía en el intestino; el meteorismo es también muy propio de este mal, mas tiene la inseguridad de los anteriores. En las apendicitis crónicas desde el principio con algunas crisis agudas, se aprecia en la fosa iliaca un engrosamiento del ciego ó una hipertrofia del

apendice que rueda bajo los dedos, apreciando á veces como un tumor duro y enorme.

Diagnostico diferencial

Ciertas formas de apendicitis pueden ser confundidas en su comienzo con una indigestion, error que puede durar algunos dias sin preocuparse de otra cosa que de un embarazo gastrico asumiendose bajo este aspecto benévolo é inofensivo la mas grave é irremediable de las apendicitis con peritonitis septica difusa que mata rapida y fatalmente. En efecto hay apendicitis que empiezan por una indigestion: el niño — porque en la infancia es donde mas se observa — se ve sorprendido durante la noche de vomitos y diarrea, á veces con dolores de vientre poco intensos y de poca duracion, desapareciendo

todo al día siguiente afirmandose por esto la idea de indigestion. A la noche siguiente cambia la afección presentandose nuevos vomitos y diarrea con colicos, la cara contraida, el pulso frecuente y el vientre doloroso de una manera general, se diagnosticó la apendicitis siendo operado por Barron que halló perforado el apendice y conteniendo el peritoneo gran cantidad de pur. El enfermo curó. Se creyó en este caso en una indigestion. En otros casos se prolonga mas la duda pensando en un embarazo gastrico con sintomas de intoxicacion gastro-intestinal ligera, duda que no se disipa hasta que por reconocimiento metódico del vientre se aprecia el punto doloroso de Mac. Burney. En esta forma de apendicitis hay una absorcion rapida por el peritoneo de las toxinas que lo han invadido, es un organo pasivo de

para absorcion, dominando el cuadro la septicemia conservando el enfermo toda su lucidez, sin sufrimiento, el pulso pequeño, invariable y frecuente, temperatura normal, extremidades cubiertas de sudor frio, hay en suma una completa sideracion. La forma algo rara pero no deja de presentarse, creyendo en la apendicitis por la discordancia del pulso y la temperatura, el sufrimiento, el punto doloroso de McBurney y la conservacion de la inteligencia.

Puede ofrecer serias dificultades el diagnostico diferencial de la apendicitis con la enterotiflo-colitis, pero nunca son tan acentuados en esta ultima la hiperestesia de la piel del vientre y la contractura muscular, localizandose mas bien el dolor en el colon transverso y descendente, habiendo ademas antecedentes de ente-

rocultis, arena intestinal, falsas membranas, deposiciones viscosas. Donde se lucha con una imposibilidad es cuando hay que diferenciarla de una tiflitis con perforación del apéndice, aunque en este caso no trae el error malas consecuencias porque es idéntico el tratamiento; la tiflitis va siempre precedida de enterocolitis, su comienzo es mas lento y progresivo y no brusco como en la apendicitis, siendo muy importante precisar el diagnóstico desde el comienzo, tanto mas cuanto que con los evacuantes puede corregirse la tiflitis y empeorarse la apendicitis.

Una apendicitis se puede confundir con una anexitis; una anexitis puede ser confundida con una apendicitis; y ambos padecimientos pueden coexistir: el diagnóstico diferencial de la apendicitis y la

anexitis puede, pues, ser dividido en tres categorías. Por ser raro que las mujeres que padecan de los anexos no tengan algunos antecedentes de efeciones por parte del aparato genital, así como por el sitio del dolor y del tumor, cree Doleris que en la mayoría de las veces es posible el diagnóstico diferencial de la apendicitis con la anexitis. Son posibles las salpingitis derivadas pero estas solo pueden presentarse después de partos difíciles ó patológicos y abortos, porque solo en ellos es arrastrada la trompa enferma hacia arriba. Por otro concepto la apendicitis puede ser pleviana originandose una para-apendicitis que inflama secundariamente los ligamentos anchos, siendo esto segundo excepcional porque de ordinario es abdominal debido á que se inmortalizan merced á las prematuras adheren-

cías que se fraguan, y ultimamente nunca es tan brusco el comienzo en las salpingitis como en la apendicitis. Los casos no pasan tan fácilmente como explica Doleris, citando el mismo caso clínico de confusión entre una salpingitis con una apendicitis. Estas dificultades de diagnóstico no serán solo con las casadas, porque en las vírgenes se pueden determinar infecciones gonocócicas por dormir en compañía de su madre ó hermanas atacadas, ó usar objetos de limpieza contaminados, aires que cuando sobrevengan accidentes peritoneales en una virgen no solo se ha de pensar en una apendicitis sino que puede darse caso de metro-salpingitis gonocócica. Porri señala esas metritis en las vírgenes ocasionadas por congestiones intensas en toda la esfera genital que

pueden á su vez provocar salpingitis. Refiriéndose Guinard al sitio del dolor considera que es excepción muy repetida la variedad pelviana de los abscesos periapendiculares, así como es frecuente los tumores anexiales situados arriba aun las vírgenes. Dornay reunió en un año 17 observaciones de apendicitis pelvianas, creyendo que en muchos casos se ha debido confundir la apendicitis con una anexitis siempre que siendo largo el apéndice se ha hundido en la pelvis menor colocándose delante del recto, explicándose esos abscesos peritonales prerectales de origen apendicular que engloban la vejiga vagina y recto abriéndose paso en su cavidad.

Segun Pozzi cuando con los conmemorativos de metritis se encuentra un dolor fijo á nivel de los anexos, apreciándose por la

palpacion un cordón duro mas ó menos adherente á la pared pel-
vica, correspondiente á una trompa en situacion normal ó pro-
laxada en un fondo de Douglas acompañandose de cuando en
cuando de brotes agudos de perisalpingitis, se puede diagnosticar
con certidumbre una anexitis, sospechándose la purulencia
por la intensidad de los síntomas y cuando de antemano se
conoce el origen blenorragico del proceso ó una infección septica
post-abortum. El dolor brusco como un pistoletazo no es tampoco
patognomónico de la apendicitis porque se presenta aunque no tan
frecuente en la salpingitis y el tacto vaginal en la apendicitis es
negativo cuando no se trata de apéndice largo y descendente. El
Doctor Davenport de Filadelfia ha procurado señalar las diferen-

cias de estos dos procesos, à cuyo efecto dice que el dolor en la salpingitis no se sitúa exactamente en la fosa iliaca y casi siempre viciatela, in que se irradie el epigastrio, sino el sacro, lomos y muslos, localizándolo los enfermos por bajo del pliegue de la ingle en el sitio preciso de los anexos, dolor que, aunque intenso en el momento de los brotes agudos de la inflamación perisalpingítica, se atenua en cambio en el reposo con el decubito, todo lo contrario pues que en la apendicitis; los prodromos suceden siempre por el aparato genital con debil tension del vientre, pudiendo terminar esta crisis por la menstruación. La localización del dolor en la apendicitis es mas bien hacia el ombligo y comprimiendo con la punta del dedo el punto de McBurney se acrecienta, se hace mas vivo, es característico, irradiando-

se mas bien al epigastrio. No son patognomonicos los vomitos en la apendicitis porque dejan á veces de presentarse en esta, dandose un estado nauseoso en la salpingitis. Ultimamente anesteciado el enfermo y practicando una concienzuda exploracion abdominal y vaginal no puede escaparse una lesion de los anexos. Diferenciar la apendicitis del absceso de ovario es tarea mucho mas dificil, porque pudiendo estar bruscamente los sintomas peritoneales en la piosalpingitis cuando el absceso ovarico se transforma en pelviano ya no se puede acudir para el diagnostico diferencial á la brusquedad del comienzo en la apendicitis, observando á lo sumo las diferencias en el pulso que conserva su plenitud y fuerza en la apendicitis y es filiforme en la piosalpingitis difusa, afectando la fiebre en esta el tipo remitente

con exacerbaciones resperitinas, mas ya se conoce que estas diferencias no son de caracter absoluto como no lo tiene la misma palpacion abdominal porque la pastosidad y tumefaccion delida a la masa fibrosa adherida a la pared del vientre puede apreciarse en ambas enfermedades. Es de gran importancia el diagnostico diferencial entre la apendicitis y la pelvis-peritonitis, tanto mas cuanto que el tratamiento de intervencion en la primera y abstencion en la segunda esta subordinado en un todo al diagnostico: en la apendicitis adquieren los sintomas desde el primer momento un caracter tal de intensidad que nunca alcanzan en la pelvis-peritonitis; en aquella es mas marcada la pesera intestinal, los vomitos biliosos mas repetidos, mayor sensibilidad en el vientre y superior meteorismo, se altera mas pron-

to la facies y mas pronto tambien se eleva la temperatura. Aunque esto aisladamente no tenga valor absoluto sin embargo es bastante para decidirse por uno u otro mal.

En presencia de un caso de apendicitis es de capital importancia determinar si se ha formado pur y si se ha generalizado la peritonitis. Por medio de las punciones exploradoras demostró Menvers que en la mayoria de los casos, y durante una crisis aguda, hay pur, medio de exploracion que hay que proscribir, porque como ya dije al tratar de la anatomia patologica, se hace estéril y se reabsorbe. Hecho que se comprueba en clinica cuando se espera a la resolucion para operar en frio, manifestandose este transito por el descenso termico, la disminucion de la pastosidad de la pared del vientre, el paso de ga-

res por el ano, limpiezas de la lengua y desaparicion del meteorismo. Mas si pasa al estado cronico persistiendo el pur, esta coleccion se manifiesta por una dilatacion de las venas subcutaneas y cierto edema, la pestoidad persiste aunque la fiebre ha remitido. Poder distinguir si la peritonitis es septica difusa o purulenta aunque no de una manera absoluta porque los sintomas de una y otra no tienen este valor, hay sin embargo medios de distinguirla; la peritonitis septica difusa comienza mas insidiosamente, es poco marcado el meteorismo, frecuente la diarrea, poco localizado el dolor y de mediana intensidad, se eleva poco la temperatura para descender seguidamente á la normal, aumentando la frecuencia del pulso, el tinte es plomizo, la intoxicacion es pues muy acelerada pudiendo pre-

sentarse á las 26 horas. Como se ve no es este el cuadro de la peritonitis purulenta en la que todos sus síntomas toman un carácter de mayor intensidad, no hay ese desacuerdo entre el pulso y la temperatura, el dolor es intenso y localizado en la fosa iliaca derecha, los vomitos son al principio alimenticios, después biliosos y ^{PS 137} ~~ulcerados~~ ^{SECRET} finalmente fecaloideos y mucho meteorismo.

Puede confundirse la apendicitis con la invaginación por la comunidad en los vomitos, estreñimiento y dolor, pero falta la fiebre en la invaginación al menos al principio y los fenómenos de oclusión son mas marcados, los vomitos mas frecuentes y mas acentuada la estreñimiento; aparte que es mas marcado en la apendicitis el dolor en la fosa iliaca derecha, las evacuaciones sanguinolentas que hay

en la insagacion aclaran la cosa.

En su principio puede ser muy difícil sino imposible, el diagnóstico entre la apendicitis y la peritonitis de pneumococo porque en sus comienzos son iguales por sus vomitos, dolor intenso del vientre, diarrea y fiebre, mas pasados los primeros instantes esta toma el tipo de fiebre de supuracion y aparece por encima del pubis un tumor á veces fluctuante con rubefaccion y tendencia á abrirse por el ombligo, sintoma este último sobre el que llama la atencion Brun por haber observado en muchos casos la tendencia de estas peritonitis enquistadas á abrirse por el ombligo.

La tuberculosis del peritoneo puede dar origen á muchos casos dudosos: en efecto Lajars refirió una observacion en la que cre-

yó encontrarse en presencia de una apendicitis aguda porque la enfermita acusó de pronto síntomas de oclusion intestinal con predominio del dolor en la fosa ilíaca derecha, saliendo de mi error después que practicada la incisión del vientre observó las granulaciones tuberculosas en el peritoneo. Broca estuvo dudando entre ambos diagnósticos, confirmando la operación que se trataba de una tuberculosis del peritoneo con adherencias. En otro caso el mismo Broca observó á un niño de ocho años que padecía diarreas y estreñimiento, meteorismo y accidentes peritoneales de principio brusco, de quince días de fecha y aunque el meteorismo dificultaba la exploración y el dolor era difuso pensó en la apendicitis; mas considerando que en los accidentes databan de dos años, con aumento del vientre

se declaró por la tuberculosis del peritoneo, hecho que se confirmó por la operación que puso de manifiesto un apéndice sano y móviles y adherencias á la izquierda del ombligo. De esta observación parece deducirse que por la época del mal se viene en conocimiento de lo que se trataba, pero esto dista mucho de ser concluyente dado que ciertas apendicitis de grandes focos marchan tan lentamente como las peritonitis tuberculosas, como á su vez estas últimas son á veces tan bruscas en su aparición y curso como las apendicitis.

Pineau hizo un estudio á propósito de la coincidencia de la apendicitis con el embarazo, concomitancia que oscurece grandemente el diagnóstico. Puede abrir la escena el dolor abdominal

ó comenzar como una indigestion con vomitos, nauseas, diarreas etc. De ordinario se fija el dolor en la parte derecha, en el punto de McBurney, aunque puede en su principio generalizarse, encontrandole en ocasiones al nivel del hígado y en la region inginal. La temperatura se eleva sin que nunca se observe hipertermias desde el principio conservandose esta al rededor de 38° . A la diarrea sucede de ordinario una estreccion pertinaz y los vomitos ceden su puesto á los eructos, cierta defensa muscular en el lado derecho y algun meteorismo que no se acentua hasta mas tarde.

El Dr. Cervera señala, en una nota de cirugía clinica publicada en 1907, lo facilmente confundible y dificilmente diagnosticable que es la apendicitis de un diverticulum de Meckel inflamado, tam-

to mas cuanto mas cerca este de la valvula ileo-cecal y aunque este caso es excepcional merece conocerse para evitar sorpresas en la operacion, como para obrar prudentemente ya que el tratamiento del pediculo varia segun que el apendice sea en cecal o en de Meckel. No hay intoma seguro para hacer este diagnostico, mas segun dicho autor siempre que el cuadro sintomatico ofrezca dudas y diferencias del tipico de la apendicitis y se descubra en el paciente alguna anomalía como labio leporino, division del velo del paladar, dedos supernumerarios, algo en fin que sea fenomenal y al mismo tiempo no localice el dolor exactamente en el punto de Mac-Burney, se puede pensar en la existencia de un diverticulum de Meckel inflamado.

La apendicitis en los niños puede no manifestarse por otro sinto-

ma que por vomitos muy repetidos. En efecto y segun el Dr. Corron, un niño, despues de una ^{noche} satisfactoria, es atacado bruscamente de vomitos, arrojando un liquido filamentosos, espumoso, incoloro y abundante analogo a la saliva, llegando su intolerancia a vomitar el hielo, grog helado, Champagne, sin que se aprecie otros sintomas ni la menor molestia en el vientre, pensando en todo menos en la apendicitis, atribuyendo esta crisis a un colico hepatico, vomitos histericos, desordenes gastricos reflejos, crisis gastricas gotosas, enfriamiento, en todo pues menos en el apendice y sin embargo alli está la dase. Las palpaciones minuciosas descubren un punto doloroso en el sitio de Mac-Burney apreciable con un dedo, muy localizado, al mismo tiempo que se siente deslizar el apendice, libre en la cavidad

peritoneal, abargado y turgente.

El diagnostico diferencial de la apendicitis con la actinomycosis no es dudoso porque es tan tipico el cuadro de esta ultima que un clinico experimentado en seguida sabe a que atenerse, porque en ella es muy caracteristica la extensa infiltracion de las paredes abdominales, de durera sorprendente localizada junto al hueso ilíaco entre el musculo recto y el ligamento de Poupart, durera que se ha desarrollado paulatinamente sin esos sintomas precoces de la apendicitis, transcurriendo mucho tiempo antes que se note algun reblandecimiento, pasando lo cual contrasta lo limitado de la zona reblandecida con la estension del infiltrado, formandose mas bien que abscesos fistulas que se abren de ordinario en el ombligo.

Finalmente pudiese pensarse en una coxitis ó en un absceso de la
 proxa atento solo á la flexura del muslo. Dando lugar tambien á va-
 riedades al colico saturnino: M. Flouan consignó un caso de colico de
 plomo confundido, por un cirujano, con una apendicitis, por lo que
 fué operado sin encontrar nada; otro colega se fijó en el rodete de
 las encías y averiguó que el enfermo se habia intoxicado por el plo-
 mo chupando pinceles al pintar á la aguada.

En mas de una ocasion ha sido confundida la fiebre tifoidea con
 la apendicitis. La fiebre tifoidea comienza á veces con fiebre intensa,
 vomitos repetidos y dolor de vientre intenso y perfectamente locali-
 zado en el punto de Mac-Burney, entrando en variacion porque
 no es muy acentuada la defensa muscular, lo elevado de la fiebre,

y no corresponder el estado general á síntomas tan intensos; pasados los ocho primeros días se desvanecen los síntomas de la apendicitis y aparecen los de la fiebre tifoidea. La equivocación ha sido tan completa que se ha llegado á la intervención encontrándose, como es consiguiente, sano el apéndice. El diagnóstico diferencial puede fundarse en que es menor en la fiebre tifoidea la hiperestesia de la piel del vientre, menor la defensa muscular y los síntomas generales no tienen la intensidad que en la apendicitis, pero estos solo son matices que hay que saber apreciar, extraviándose mucho que pasados unos días desaparecieran rápidamente estos síntomas requiriendo la fiebre su curso normal. Aquí no me da el resultado el método de Vidal.

Pronostico.

No habiendo en la apendicitis elementos de pronostico constante y de valor determinado, no dando seguridad para este fin las lesiones locales por su oscuridad, y dependiendo en muchos casos la terminacion de este proceso del incierto grado de infeccion y toxicidad de que es asiente el peritoneo, de aqui que sea en la mayoria de los casos muy dificil y sujeto a error el pronostico de la apendicitis durante su evolucion. Cuando se ha llegado a diagnosticar una apendicitis, nadie podria prever como terminara porque tampoco nadie puede asegurar que al tercer no ha de estar perforado o gangrenado el apendice, y aun sin una ni otra cosa, solo por una exaltacion de la virulencia de los germenos puede sobrevenir la muerte.

que se escape á todo vaticinio.

Hay que hacer una distincion entre el pronostico del ataque agudo de la apendicitis y la efecion cronica del apendice, porque la terminacion feliz del primero no trae como obligada consecuencia la curacion definitiva de la segunda. Veniendo, pues, en cuenta esta separacion es como se puede considerar en su justo valor las estadísticas que actualmente se han hecho, que como es sabido siempre pegan de incorrecion, ya que para apreciar aproximadamente el valor pronostico de los accesos agudos, seria condicion precisa que todos los casos citados pasasen por una misma mano, juzgado por un mismo criterio y tratados con relativa uniformidad. Las numerosas investigaciones de Mutter venen estas condiciones, por lo que encie-

van gran autoridad. Una estadística de Rutler señala, en 150 enfermos de apendicitis circunscrita, dos casos de muerte en la clínica médica y 8 fueron operados, curando por ende espontáneamente el 90 por 100. Además de estas apendicitis circunscritas señala otros 9 casos de apendicitis difusa, en los que no hubo curación espontánea, quedando pues reducido al 84 por 100 el número de los casos que espontáneamente curaron en los primeros seis días de su ingreso en el hospital.

No obstante la relativa benignidad que parece desprenderse de esta estadística, son grandes los peligros que lleva consigo la inflamación del apéndice, sumiéndolo acaso hoy de una recidiva el enfermo que ayer curó espontáneamente, al parecer, de un ataque agudo, como así muchos casos piodemia, eripielma, absesos del hígado, me-

ringitis, peritonitis difusas y ciertos casos diagnosticados de ileus y soluto no son sino consecuencias de una apendicitis que no logró diagnosticarse en vida.

Mejito pues, que aunque las estadísticas demuestran que la inmensa mayoría de los casos se resuelven favorablemente, sin intervención quirúrgica, por los peligros a que están expuesto el paciente, siempre debe ser considerada por el médico de cabecera, como enfermedad grave y mucho mas si desde un principio se aprecian síntomas graves de peritonitis, en este caso se ha de formar un juicio pronostico reservado. Solo cuando el proceso se halle bien circunscrito en la región del ciego, disminuyendo de una manera ostensible el tumor periapendicular, remitiendo con él todos los demás sínto-

mas generales, solo en este caso se deben conciliar esperanzas de curacion y casi esperar seguramente a esta espontaneamente, sin que nos sea por otro lado permitido asegurar hasta cuando a de durar esta curacion

Aquellos partidarios de las doctrinas de Dieulafoy que consideran a la apendicitis como unica e indivisible en su aspecto clinico y ante el tratamiento, fundandose en la posible eventualidad de transformarse en gravissima la que comienza con las aperiencias mas benignas sin que esto se pueda prever, este juicio pronostico, este radicalismo no presta, ni puede prestar servicio alguno a la inmensa mayoria de los individuos que en su lucha con la humanidad doliente se ven forrados a afrontar, sin pericias quirurgicas ni recursos estimables, las infinitas

responsabilidades de mi práctica, y aunque este no es un argumento de índole científica, en cambio sí lo es el resultado de la estadística de Muttu que no autoriza à esas sistematicas intervenciones, que ni aun practicadas siempre por hábiles leparotomistas dejaría de ser desmedida e injustificada. En este menos que en ningun otro negocio humano han de cerrarse las puertas à la aplicación de otros factores terapéuticos, cuando las intervenciones cruentas no son fáciles de realizar. En un detenido estudio que el Dr. Martin Gil da sobre esta materia, reproduce las cifras que sobre el pronóstico dan algunos autores: la de Furbringier que obtiene el 80 por 100 en 120 casos; el 15 por 99 que da Fowder en Middlesex Hospital; Suttman, de todos los casos ocurridos en Moorfield Hospital, solo cuen-

ha 5 muertos en 96 enfermos; la de Bartholin con 37 muertos en 264 enfermos 14 por 100. Vinieron á dar su opinion diciendo que la apendicitis en general se cura, no proporcionando mas mortalidad que un 5 por 100 sean tratados medica ó quirurgicamente, advirtiéndole que las estadísticas que se han hecho son de los enfermos que ingresan en los hospitales que como es sabido son los mas graves.

El Dr Robert admitia, una vez declarado el síndrome de la enfermedad, tres soluciones posibles: 1.ª Peritonitis y venia á la curacion: 2.ª Determinarse una peritonitis circunscrita con flemón sub-peritoneal que podia resolverse al cabo de dos ó tres semanas y desaparecer la apendicitis y 3.ª Una infección séptica del peritoneo de gravedad extraordinaria, ó una peritonitis supurada que si es difusa es

de una gravedad, pero que al limitarse es mas benigna, coleccionandose el pus y abriéndose paso por el vientre u organos vecinos. Créase pues que la apendicitis evoluciona facilmente en la mayoria de los casos, aun la fase supurativa.

Como ya se dijo en el diagnostico, es de importancia grande el paralelismo entre la curva termica y circulatoria, denotando en armonia una peritonitis circunscrita en la que a una temperatura de 39 a 40 grados corresponden de 100 a 110 pulsaciones, mas cuando desciende el calor a la normal permaneciendo acelerado el pulso, acompañado de meteorismo facies fruncida, grandes ojeras, estremidades frias y sudorosas, hay que temer la forma septica difusa de la peritonitis apendicular de gravedad extrema.

ta al punto que son raros los exitos terapéuticos.

La presión, el purpúreo, la oclusión intestinal determinadas por adherencias de las heces, la parálisis muscular y la presión que pueden determinar los flemones, pueden aumentar la gravedad ordinaria del mal.

La ictericia en el curso de la apendicitis, que en general mide el grado de la toxoinfección, es un síntoma prematuro de importancia y cuyo valor varía según el momento que haga su aparición, pudiendo variar esencialmente según que sea al principio del acceso de la apendicitis, que en este caso mas se expresa una intoxicación que una verdadera infección de célula hepática. Esta ictericia del principio, que se acompaña ^{de} urobilinuria, como así de cierta partici-

jeccion patológica del riñon denotada por la albuminuria concomitante, expresa mas bien una ligera alteracion de la célula hepática. Mas la ictericia que hace su aparicion al declinar la crisis ó en la misma convalescencia, que va acompañada de violentos escalofrios, aumento de volumen del hígado, y grandes accesos de fiebre, es una verdadera ictericia consecuencia de una intensa infeccion hepática por embolias microbianas que procedentes del apendice ó del peritoneo entraron por la vena porta. Le, Dentin, Merian y Dieulafoy diferencian estas dos clases de ictericias, mas que por su aspecto clinico, aumento de volumen del hígado, presencia de urobilinuria etc, por el momento en que aparece; si comienza con la crisis hay probabilidad de que sea una intoxicacion, mas si es al final de la crisis se ha de temer una supuracion

del hígado de pronóstico funesto.

Las alteraciones locales dan una fisonomía especial al pronóstico, dándole gravedad el absceso de la pleura, pulmón, pericardio, pleviano, retrorectal, del hígado etc.

Según Bonnet de Lion es de pronóstico sombrío la abertura en el peritoneo de la cavidad apendicular en estado agudo, expresando que á todos los individuos que operó en estas condiciones murieron sin que lo impidiera la operación. Estas apendicitis perforantes tienen de ordinario una marcha insidiosa que demuestra cosa distinta de lo que en si encierran, pudiendo temerse esta perforación cuando el pulso rápido y pequeño está en desarmonía con la temperatura rectal, persistiendo los vómitos, la facies es ma-

la, pálida, el vientre doloroso aunque no meteorizado y finalmente cuando por la palpación de la fosa iliaca no se aprecia el tumor, debiendo según Bonet operar en las primeras 30 horas.

Ultimamente diré cuatro palabras de las calmas engañosas que se presentan en el curso de la apendicitis: los ríntomas ruidosos como vomitos, dolor, fiebre, etc, sufren una detención brusa, restituyéndose el enfermo á la salud; esta detension no es siempre una mejoría real, puede ser una calma engañosa, como lo demuestra muchos casos citados por Dieulafoy; esta calma nunca es completa pues vista de cerca persisten algunos ríntomas, alguna frecuencia del pulso, algun meteorismo y defensa muscular, urtilinuria y albuminuria, aunque haya descenso de la fiebre; la calma coincide á veces con gangrena y perfora-

cion del apendice y es favorecida por la morfina y los saquitos de hielo que se aplican á los enfermos al vientre, apareciendo en muy distintas épocas, ya al principio ó al fin del acceso; las calmas aparentes son motivo frecuente de muerte por la gravedad que intrínsecamente encierra y porque invitan á contemporizar y diferir la intervencion. Hay pues que fijarse bien en toda remision en el periodo agudo de la apendicitis y como dice Boncet apresurarse á operar en estas calmas engañosas en las primeras 20 horas.

Tratamiento

Una interpretación tan fanática de la intervención armada de la apendicitis aceptada sistemáticamente por muchos cirujanos, ha restringido hoy mucho su campo prohibiéndola muy pocos, ya que la reflexión reposada que ha prevalecido en la mayoría ha encaminado á los ánimos á llenar aquellas indicaciones que sirven de norma para el planteamiento del tratamiento quirúrgico. Luego de iniciada la enfermedad, y hasta el momento de presentarse estas indicaciones que hacen necesaria una intervención quirúrgica, la terapéutica del ataque agudo de la inflamación simple ó complicada del apéndice debe ser expectante. Con objeto de localizar en lo posible el proceso flogístico debe emplearse todo esfuerzo de los músculos

del vientre lo que facilmente se logra suprimiendo el dolor administrando el ijo y en caso extremo la morfina. un regimen alimenticio ligero muy reducido y liquido, en union con reposo absoluto en la cama quedando severamente prohibido los purgantes sobre todo al principio de la enfermedad, sin que nos cause temor el que se mantenga un estado de constipacion durante quince dias, del que se sale facilmente practicando con prudencia irrigaciones intestinales una vez que hayan remitido los fenomenos inflamatorios.

Se llegaria hoy a ser muy exclusivista si se quisiera operar todos los casos de apendicitis buscando extraer en los primeros momentos cualquier gota de pus que pudiera existir, extirpando el apendice enfermo para evitar una recidiva. Ya vimos cuando citabamos la esta

distica de Potter que el 84 por 100 de los enfermos curaron sin la intervención quirúrgica, curación que se efectuó por término medio en un período de tres á seis semanas y una quinta parte de los casos en el espacio de nueve á doce semanas. A estos enfermos aparte del tratamiento expectante, que he señalado y según las impresiones subjetivas del paciente se hicieron aplicación de vejiga de hiello sobre el abdomen ó el uso de los exitemas de Briesnitz con lo que remitían grandemente los dolores intensos, resultado que obtenían en otros casos con la aplicación del calor. Los enfermos abandonaron luego el hospital en estado de poder trabajar una vez que se había reabsorbido el exudado hasta quedar el cordón reducido al tamaño de un dedo.

Las indicaciones que nos han de servir de norma para el planteamiento.

Lo del tratamiento pueden recopilarse en los siguientes terminos:

1.º En aquellos casos en que está muy poco perturbado el estado general y del todo circunscrita la infiltracion periapendicular, que se inicia con escasa fiebre ó elevada en un principio remite al tercer dia, esos casos en fin que trascurren con levedad reclaman esclusivamente el tratamiento expectante.

2.º Si ese infiltrado periapendicular llega á supurar, circunstancia que conoceremos por los sintomas expuestos en capitulos anteriores, formando un absceso que conoceremos en presencia por el curso de la temperatura y del pulso durante algunos dias, la dilatacion de las venas é infiltrado de la piel de la region, unido esto á veces con la fluctuacion comprobado el absceso, pues debe incidirse.

3.º. Deben ser considerados como casos graves aquellos en que la intensidad de los síntomas se sostiene hasta el tercero ó cuarto día con la misma violencia que en su comienzo, la facies del enfermo manifiesta un padecimiento grave, el dolor se extiende por todo el abdomen, la fiebre se sostiene alta y el tumor apendicular no se manifiesta claro y limitado. En estas circunstancias y sin dejar transcurrir mucho tiempo, se ha de llevar la indicación terapéutica poniendo al descubierto por medio de una amplia incisión de la pared abdominal, con objeto de exponer la cavidad del vientre de todo ó parte del material infectivo, cuyo origen se halla ó en una perforación del apéndice ó en la gangrena del mismo. El resultado de esta intervención en muchas ocasiones es ineficaz, dándose por otro lado la

curacion del enfermo aunque no se haya intervenido quirurgicamente.

4.º El tratamiento quirurgico no lleva consigo la obligada condicion de la extirpacion del apendice vermicular, esta extirpacion lleva en si apegada ventajas e inconvenientes que voy a señalar: entre aquellas se encuentra la ventaja de facilitar la inspeccion de la cavidad peritoneal, evitando el que queden procesos fistulosos; ademas por este medio se obtiene en la mayoria de los casos una completa curacion. Los inconvenientes que lleva consigo la extirpacion del apendice en todo caso de abertura de absceso peripendicular, uno de ellos es que lejos de poderse reducir la operacion valiendose de la anestesia local y de una incision relativamente pequena de la pared del abdomen, como requiere

re la simple abertura del absceso, hay que droforminar al paciente, debiendo estar dotado el cirujano de bastante experiencia y conocimientos técnicos que auxiliado por buenos ayudantes se decida á buscar el apéndice, que en raras casos se halla tan favorablemente dispuesto que en las primeras tentativas logre aislarlo y extirparlo con seguridad. Lo ordinario es que pase lo contrario, siendo difícil hallarlo y fácil romper adherencias protectoras que expongan al paciente á una peritonitis generalizada, aparte esto, aumenta el peligro de una hernia de las paredes abdominales, como así por el largo tiempo empleado en la operación aumenta el consumo del droformo expone á los pacientes á vomitos ulteriores. Por estas razones parece mas razonable renunciar á la extirpacion del apéndice en el momento de la abertura del absceso.

5.º Los abscesos periapendiculares curan pronto y definitivamente después de su abertura, mas cuando pasado algun tiempo no se cura la herida y queda una fistula por la que fluye materia excrementicia, se ha de creer en la existencia de un calculo estercoraceo ó en el establecimiento de una fistula que conduce al apendice, abierto al intestino delgado ó al ciego. Solo en estas circunstancias parece indicado proponerle al paciente, que acaba de sufrir la abertura de un absceso periapendicular, la extirpacion del apendice. En efecto con esta y con la demudacion de la zona morosa se corrigen estos trastornos.

6.º Como ya dijimos en capitulos anteriores aquellos enfermos que han sufrido un ataque agudo de apendicitis, presentan fenomenos subjetivos crónicos tales como sensacion de peso ó de compresion molesta en el punto

de Mac-Durney, acompañados á veces de constipacion y desordenes digestivos; dolor constante de intensidad variable en la region cecal. Estos fenomenos que pueden referirse al apendice y que manifiestan que la inflamacion aguda de este ha pasado á ser cronica, reclaman su extirpacion ya que en cualquier momento es bueno para que resurja la crisis apareciendo un nuevo ataque de funesto resultado.

7.º Una vez comprobada la existencia de un absceso lejos de la region cecal, á consecuencia de una afecion del apendice, debe abrirse tan pronto como es conocida, como asi deben abrirse tambien las colecciones purulentas intraperitoneales en caso de peritonitis fibrinosa purulenta progresiva. Tambien está indicada la extirpacion del apendice

en casos de accesos recidivantes, aunque sean de caracter leve, siendo en estos casos bastante sencilla e inocua la extirpacion sin temor al desarrollo consecutivo de la hernia abdominal que se evita con una tecnica perfecta.

El tratamiento de la peritonitis difusa progresiva es eminentemente quirurgico, pero esto no quita para que el medico que se encuentre en presencia de un trances tan dificil tenga que llevar ciertas indicaciones sintomaticas, que al par que procuren algun alivio y tolerancia, se logre mantener las fuerzas del enfermo y abonen las circunstancias para una intervencion. Si fija nuestra atencion en el desenvolvimiento sindromico de la peritonitis se observa que esta precede su localizacion, o no llegó á tenerla nunca; cuando aparece del

tratamiento por el opio, con el que buscando la quietud intestinal se favorece la localización de la inflamación; cuando ésta se ha generalizado y hecho su presentación en la escena la formación peridonta abdominal, la parálisis del intestino y el meteo-rismo, es llegado el momento de suspender el empleo del opio que sería altamente perjudicial aumentando esa parálisis. Una vez hecha general la peritonitis y desecando mas que nunca la acción calmante de los opiáceos, huyendo de estas parálisis del opio, se acude á la morfina.

Con objeto de hacer mas raro el vomito que tantas molestias acarrea, evitar la eructacion de gases putridos y relajar la region epigastrica, fue introducido en la practica, por Kuosman, el lavado del

estomago, logrando con ello evacuar masas descompuestas formadas por mucosidades de este organo, por líquidos ingeridos y por materias procedentes de las porciones superiores del intestino delgado. No es solo un alivio subjetivo el que consigue un enfermo por este medio, sino que es muy objetivo por sus ostensibles manifestaciones exteriores, tales como mayor reposo de los enfermos, reabramiento del pulso y mejoramiento de la respiracion. Este lavado se practica con una sonda esofagica blanda con la que se expulsa al principio grandes porciones de liquido fecaloideo y se continua el lavado con agua a la temperatura del cuerpo, hasta que esta salga limpia, dejando ultimamente una porcion de esta en el estomago para calmar la sed. Cuando como en este caso no se teme romper adherencias protecto-

ras, por haberse generalizado la inflamacion, sin temor á que el intestino sufra ciertos movimientos se puede acudir á corregir el meteorismo mediante enemas de agua á la temperatura ordinaria excitando por este medio la eliminacion de gases y materias solidas contenidas en el intestino con lo que se logra disminuir la tension, como á su vez limpiendo la pared intestinal se facilita la absorcion de los enemas alimenticios. (1 yema de huevo - 5 gramos de coñac - 100 gramos de leche - 100 gramos de agua).

Combatir el colapso y sostener las fuerzas son dos vitales indicaciones que se han de cumplir en el tratamiento sintomatico de la peritonitis generalizada, mas como es muy problematico que las sustancias ingeridas por la boca lleguen á ser absorbidas por los vasos portales lo in-

pidan, ni lo abonan las defectuosas condiciones de la mucosa gástrica, de aquí que se tenga que acudir á las inyecciones por el recto como también á los enérgicos por la vía subcutánea, tales como el aceite alcanforado con éter (1 de éter por 9 de aceite alcanforado). Los ingleses practican inyecciones subcutáneas de nitrato de estricnina. La morfina produce buen resultado en el pulso. Últimamente Michaux ha recomendado en la peritonitis la transfusión subcutánea de solución fisiológica de cloruro de sodio (6,0 á 9,0 por 100 de agua) alcalinizando la solución con una gota de lejía de soda. Se inyectan de 100 á 250 cc á la temperatura ordinaria, en la región infraclavicular, siendo de ordinario recibida rápidamente por los tejidos tan necesitados de agua, con lo que se logra mejorar el pulso, repitiendo la inyección á las doce horas.

Los medios hasta ahora empleados son puramente paliativos y de ningún modo son dirigidos contra la inflamación del peritoneo, la que invariablemente sigue su curso hasta la muerte; contra esta inflamación no cabe mas que el tratamiento quirúrgico, al que se ha llegado estimulados los cirujanos por el brillante resultado de las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de las peritonitis localizadas. Los intervenciones que han señalado esta ruta son muy numerosos entre los que se cuentan Keiser (Kussmaul) Mikulicz, Lücke, Kröplin, Bergmann, en Alemania; Graves, P. Gault, Darling, Lockwood en Inglaterra; Meir y Finney en America; Jolagnier, Buffier, Rouvier y Michaux en Francia, han ido perfeccionando el tratamiento quirúrgico de la peritonitis con el que se ha llegado á conseguir los siguientes resultados: 1.º Eliminar

do un exudado purulento ó sanioso y derivando hacia afuera el que se forme posteriormente, se impide que la sangre siga reabsorbiendo productos septicos, materias infectivas de la cavidad peritoneal, disminuyendo la presión intraabdominal y facilitando con ello la respiración y la circulación. 6.º Aunque nada puede la intervención quirúrgica contra la infección general, como tampoco es posible una completa desinfección de la cavidad peritoneal por sus numerosos repliegues sinuosidades y recodos, se puede acudir por ella á una perforación del intestino y extirpación del apéndice, como también á una limpieza mecánica de la serosa. El cirujano puede hacer muy poco contra aquellas formas en que predomina la sepsis general y cuya exudación escasa se reduce á depósitos fibrinosos de la serosa, mas en aquellas

Otras formas en que la peritonitis es purulenta seriosa ó fibrosa purulenta, como en la perforativa, en esas si puede dar resultado el tratamiento quirúrgico.

Es muy difícil precisar cual es el momento preciso de la intervención y mas difícil que en ninguna otra peritonitis lo es en estas que proceden de una primitiva inflamación del apéndice, porque en estas se ven retrogradar con gran frecuencia los síntomas violentos del principio (irritación peritoneal) por lo que no es prudente recomendar la inmediata intervención; requiere una atenta observación del paciente y solamente decidirse á intervenir cuando, como dice v. Burkhardt, del conjunto de síntomas tengamos motivos para deducir que progresa la inflamación.

Conclusiones.

1.^a La apendicitis constituye hoy un proceso bastante mas frecuente que hasta ahora se conocia, debiendose atribuir muchas peritonitis, flemones, abscesos iliacos que eran conocidos como capitulos especiales de la patologia del vientre.

2.^a La tiflitis no debe borrarse del cuadro nosológico porque el ciego tiene su patologia propia, dadas sus circunstancias anatomicas y fisiologicas, pudiendo inflamarse independientemente del apendice.

3.^a La apendicitis es mas frecuente en el sexo masculino, no obstante aquellas que son producidas por la propagacion de la inflamacion de los anexos.

4.^a La edad de 15 a 25 años es en la que mas se padece, siendo rara en el

más y rarísima en el niño

5.º Los procesos ulcerativos tíficos, tuberculosos, la antinomonicosis, gripe, y demás infecciones del tubo intestinal, la enterocolitis, el estreñimiento y digestiones laboriosas, son con frecuencia causa de apendicitis.

6.º La apendicitis es hereditaria en el sentido de que familias que sufren una diátesis, unos miembros sufren la gota, la diabetes, el artrismo, la litiasis biliar, ó la úrica y otros la litiasis apendicular pudiendo ser el embrión causa de la apendicitis activando esta litiasis.

7.º Aceptando la opinión de Volkmann primero, y en la actualidad la de Odlander y Metchnikoff, el uno por cuatro de los casos de apendicitis, obedecen á un cuerpo extraño, que con frecuencia se trata de oxuros, tricéfalos y ascarides lumbricoides.

8.º. Numerosos casos de apendicitis son concomitantes ó consecutivos á un ataque de enterocolitis mucoso-membranoso.

9.º. A semejanza de Brun, Broca, Maltzer, Delaguer, puede la apendicitis ser la manifestación local de un estado general grave y que dada la especial naturaleza anatómica y estructural del órgano puede, por exaltación de la virulencia de los gérmenes estancados en él, dar origen á la apendicitis, sin que se opere la cavidad cerrada.

10.º. Cuando por un cuerpo extraño, torcedura, retracción cicatricial, etc., se fragua la obliteración de la cavidad apendicular, los gérmenes aprisionados activan la virulencia, dando origen á la apendicitis.

11.º. Las alteraciones anatómicas del apéndice inflamado, presentan una diversidad de aspectos desde el simple catarro hasta la destruc-

cion y desprendimiento de los tejidos por la gangrena.

12.ª La apendicitis es aguda ó crónica.

13.ª Las formas agudas tienen tres modalidades clínicas. 1.ª síntomas que se manifiestan en aquellas lesiones que solo interesan al apéndice y á su inmediato revestimiento seroso. 2.ª síntomas que se manifiestan en aquellas inflamaciones del apéndice que van acompañadas de tumor y absceso periapendicular. 3.ª síntomas de aquellas apendicitis cuya peritonitis se ha generalizado.

14.ª Nunca se puede decir, en presencia de un ataque de apendicitis si este será el epílogo de un proceso flegmático, ó solo el prólogo de una serie de recidivas que reproduzcan el primer ataque.

15.ª La apendicitis evoluciona felizmente en la mayoría de los casos

aun en los que alcanza la fase supurativa.

16º. Son, en cambio de pronóstico sombrío aquellas apendicitis que dan origen à una peritonitis séptica difusa por la abertura del apéndice en la cavidad peritoneal en el período agudo ó por infección generalizada de la serosa à través de la pared íntegra del apéndice.

17º. El tratamiento de la apendicitis con peritonitis localizada debe ser puramente sintomático y expectante, debiendo intervenir quirúrgicamente cuando veamos la tendencia à generalizarse la inflamación.

18º. El tratamiento de la apendicitis con peritonitis difusa progresiva es eminentemente quirúrgico.

Admisible
Nallón



Leola
1
caja

Montilla 31 de Junio de 1907

Mmanuel Velasco Gopur

Realizado en esta día - el ejercicio del Grado
de Doctor en Medicina y obtiene la cali-
ficación de Aprobado

Madrid 20 de Octubre 1897



El
P. Rector

A. Carralero

[Signature]

El Vocal
~~Don~~

Cajal

[Signature]

[Signature]